

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

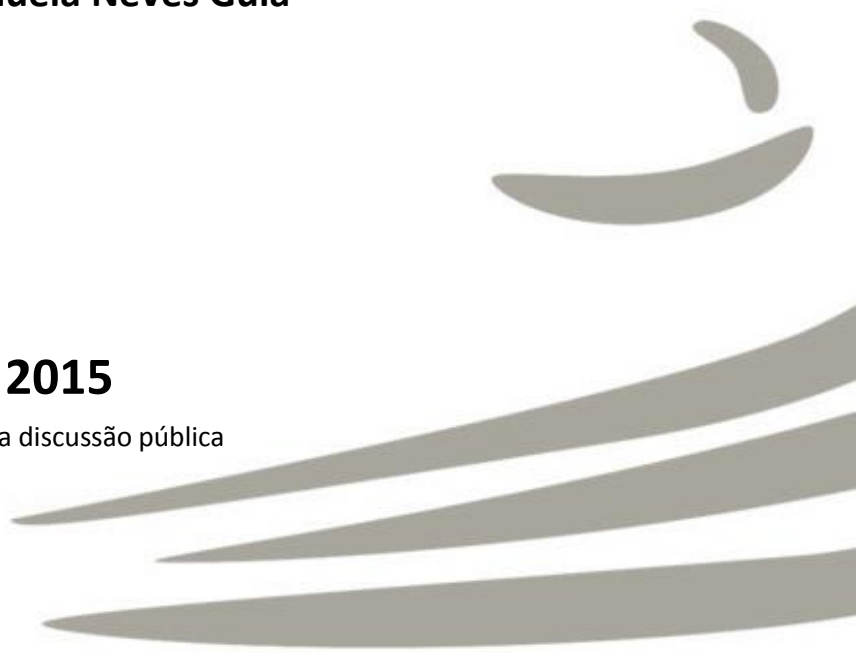
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Promoção do Autocuidado na Preparação para a Alta da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia Gastrointestinal

Sofia Manuela Neves Guia

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Promoção do Autocuidado na Preparação para a Alta da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia Gastrointestinal

Sofia Manuela Neves Guia

Orientada pela Sr.ª Prof.ª Eunice Sá

2015



*“O conhecimento é uma ferramenta, e como
todas as ferramentas, o seu impacto
está nas mãos de quem o usa.”*

Dan Brown

AGRADECIMENTOS

Às docentes do 5º Curso de Pós-Licenciatura e Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESEL, com especial enfoque à senhora professora Eunice Sá por ter dedicado parte do seu tempo e sabedoria no acompanhamento deste meu projeto.

Aos enfermeiros dos diversos locais de ensino clínico por onde passei e que contribuíram para colocar mais umas peças no *puzzle* que foi esta caminhada.

À minha chefe e às minhas colegas de trabalho, por me apoiarem e ajudarem a concretizar este projeto.

Às amigas, que tenho a certeza que ficarão para sempre na minha vida, Ana Ramos e Inês Coelho, pela amizade e companheirismo durante estes dois anos, fazendo de mim uma pessoa melhor a todos os níveis.

À pessoa que faz de mim quem sou, que me ouve todos os dias e me incentiva a continuar nesta caminhada. A ti, André, que suportas-te a minha ausência estes dois anos das nossas vidas, o meu eterno obrigada, juntos conseguimos!

Aos meus pais, à minha irmã e à minha avó que viveram este meu empenho e dedicação à distância, mas que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões.

Aos meus sogros, que me ajudaram nas fases mais atarefadas deste meu percurso.

RESUMO

As pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia gastrointestinal vivenciam uma grande mudança nas suas vidas, perdendo temporária ou definitivamente a sua autonomia. Neste sentido há que promover o autocuidado durante o internamento no Serviço de Cirurgia, apoiando, orientando e criando um ambiente facilitador de desenvolvimento de aprendizagens na preparação para a alta. Para que o desenvolvimento de competências nesta área fosse possível, foram realizados cinco ensinos clínicos em Hospitais Públicos do Sistema Nacional de Saúde, em Portugal Continental, no sentido de adquirir contributos para a implementação deste projeto.

Como ponto de partida identificaram-se os obstáculos e necessidades de formação sentidas pelos enfermeiros na preparação para a alta, assim como as preocupações vivenciadas pelas pessoas com doença oncológica gastrointestinal/cuidadores internadas no Serviço de Cirurgia de um Hospital Central. Posteriormente foram realizadas sessões de formação à equipa de enfermagem, onde foi apresentado o projeto em causa e exibidos os instrumentos facilitadores criados para a promoção do autocuidado na preparação para a alta. Um dos instrumentos em causa – as *checklist's* – estão atualmente em pré-teste no Serviço de Cirurgia para aferir a sua funcionalidade e adesão ao seu preenchimento. Foi também elaborado um projeto de criação de uma consulta de enfermagem pré e pós-operatória das pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica, a implementar no Serviço de Consultas Externas de um Hospital Central, conjuntamente com a equipa de enfermagem deste local, no sentido de acompanhar o percurso da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica.

Os objetivos preconizados e as atividades desenvolvidas em cada local de ensino clínico, juntamente com a elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura, pesquisas bibliográficas e o contributo da Teoria do Déficit de Autocuidado, de Dorothea Orem, contribuíram para o desenvolvimento de competências para o perfil de enfermeiro especialista.

Palavras-chave: Promoção do Autocuidado; Preparação para a Alta; Pessoas com Doença Oncológica; Cirurgia Gastrointestinal

ABSTRACT

People with cancer disease undergoing gastrointestinal surgery experience a major change in their lives, temporarily or permanently losing their autonomy. In this sense it is necessary to promote self-care during hospitalization in the Surgery Department, supporting, guiding and creating a learning development enabling environment in preparation for discharge. For the development of skills in this area were possible five clinical placements were performed in public hospitals of the National Health System, in Portugal, to acquire contributions to the implementation of this project.

As a starting point we identified obstacles and training needs felt by nurses, as well as the concerns experienced by people with gastrointestinal cancer disease/caregivers admitted to the Surgery Department of Central Hospital in discharge planning. Afterwards they were held training sessions for the nursing team, where he was presented the project concerned and displayed facilitators instruments created to promote self-care in discharge planning. One of the instruments in question - the checklist's - are currently in pre-test at the Surgery Department to assess its functionality and adherence to their fill. It has also prepared a project to create a preoperative and postoperative nursing consultation of persons undergoing esophageal-gastric surgery, to be implemented in Outpatient Service of a Central Hospital, together with the nursing staff of this site, to follow the route of the person subject oncological disease esophageal-gastric surgery.

The recommended goals and activities in each clinical teaching sites, along with the development of a Systematic Review, library research and the contribution of the Deficit Theory of Self Care, Dorothea Orem, contributed to the development of skills for the profile specialist nurse.

Keywords: Self-Care Promotion; Discharge Planning; People with Oncological Disease; Gastrointestinal Surgery

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	7
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
2.1. Necessidades da pessoa com doença oncológica do sistema gastrointestinal/cuidadores na preparação para a alta	12
2.2. Preocupação dos enfermeiros na preparação para a alta	13
2.3. Contributo dos cuidadores na preparação para a alta	14
2.4. Promoção do autocuidado na preparação para a alta em enfermagem: Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem, de Dorothea Orem	16
2.5. Preparação para a alta em enfermagem da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal	18
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	20
3.1. Diagnóstico de situação	20
3.2. Planeamento do projeto	22
3.3. Implementação das atividades e reflexão	22
3.3.1. Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico	24
3.3.2. Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Central	29
3.3.3. Consultas Externas de um Hospital Central	37
3.3.4. Unidade de Cuidados Paliativos Domiciliários de um Hospital Oncológico	44
3.3.5. Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central	50

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	59
5. QUESTÕES ÉTICAS	61
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I – Impresso de Colheita de Dados de Enfermagem

Anexo II – Carta de Alta de Enfermagem

Anexo III – Projeto piloto de carta de alta informatizada

Anexo IV – Protocolo dietético para pessoas submetidas a cirurgia esofágica

Anexo V – Protocolo dietético para pessoas submetidas a cirurgia gástrica

Anexo VI – Impresso de referenciação de pessoas para Cuidados Paliativos

Anexo VII – Impresso de enfermagem utilizado na consulta de cuidados paliativos

Anexo VIII – Folha de terapêutica fornecida à pessoa e cuidador

Anexo IX – Impresso de enfermagem utilizado no *follow-up* telefónico das pessoas em cuidados paliativos

Anexo X – Critérios de complexidade de uma pessoa em cuidados paliativos

Anexo XI – Guia de Acolhimento de uma Unidade de Cuidados Paliativos Domiciliários

Anexo XII – Folha de admissão de doentes de uma Unidade de Cuidados Paliativos Domiciliários

Anexo XIII – Protocolo dietético para pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica

Anexo XIV – Avaliações dos ensinamentos clínicos pelos enfermeiros orientadores

APÊNDICES

Apêndice I – Notas de campo

Apêndice II – Estudo de Caso

Apêndice III – Projeto de criação da consulta de enfermagem pré e pós operatória no Serviço de Consultas Externas de um Hospital Central

Apêndice IV – Folheto informativo à pessoa proposta para cirurgia esofágica

Apêndice V – Folheto informativo à pessoa proposta para cirurgia gástrica

Apêndice VI – Plano da Sessão de Formação realizada no serviço de Consultas Externas

Apêndice VII – Sessão de Formação realizada no serviço de Consultas Externas

Apêndice VIII – Jornal de Aprendizagem

Apêndice IX – Fluxograma das intervenções terapêuticas à pessoa com doença oncológica esofago-gástrica

Apêndice X – Fluxograma do protocolo de intervenção à pessoa com doença oncológica esofago-gástrica submetida a cirurgia

Apêndice XI – Fluxograma do planejamento da alta à pessoa com doença oncológica esofago-gástrica submetida a cirurgia

Apêndice XII – *Checklist* de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofágica

Apêndice XIII – *Checklist* de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia gástrica

Apêndice XIV – Folheto informativo acerca dos cuidados à pessoa

submetida a cirurgia esofágica

Apêndice XV – Folheto informativo acerca dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia gástrica

Apêndice XVI – Plano da Sessão de Formação realizada no Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice XVII – Sessão de Formação realizada no Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice XVIII – Questionário de avaliação da sessão de formação realizada no Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice XIX – Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão de formação realizada no Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice XX – Preparação para a alta da pessoa com doença oncológica gastrointestinal: intervenções de enfermagem — Revisão Sistemática da Literatura

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de Cirurgias Oncológicas em Portugal Continental, entre 2007 e 2012	10
Gráfico 2: Neoplasias mais comuns das pessoas com doença oncológica acompanhadas pela Unidade de Cuidados Paliativos	32

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Preocupações sentidas pelas pessoas com doença oncológica gastrointestinal e cuidadores na preparação para a alta num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central.....	21
Quadro 2: Objetivo específico delineado para o Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico	24
Quadro 3: Objetivo específico 1 delineado para a Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Central	29
Quadro 4: Objetivo específico 2 delineado para a Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Central	30
Quadro 5: Objetivo específico 2 delineado para as Consultas Externas de um Hospital Central	38
Quadro 6: Objetivo específico 1 delineado para as Consultas Externas de um Hospital Central	38
Quadro 7: Objetivo específico delineado para a Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos de um Hospital Oncológico	45
Quadro 8: Objetivo específico delineado para o Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central	50

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP – Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

EEEPSCP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

ONS – Oncologu Nursing Society

PEG – Gastrostomia Percutânea

SIGIC/ACSS – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia / Administração Central do Sistema de Saúde

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDCP – Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos

UMD – Unidade Multidisciplinar da Dor

0. INTRODUÇÃO

A nível mundial, as doenças oncológicas aumentaram para 21,4 milhões de casos por ano e todos os anos surgirão quase 56 mil novos casos, mais 12 mil que agora. Em 2030, o cancro terá uma incidência de morte de mais de 32 mil portugueses por ano, um aumento de 34,5% em relação aos 24 mil que morrem atualmente devido a esta doença (World Health Organization, 2008). O aparecimento de uma doença crónica, como a doença oncológica tem impacto a nível individual e também a nível familiar, constituindo uma rutura entre o viver anterior e o presente, caracterizado pela incerteza relativamente ao futuro (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001; Barros *et al.*, 2007). A doença oncológica é vivida pela pessoa de uma forma única e singular, o que se traduz na emergência de necessidades tão específicas, individuais e complexas (Pacheco, 2002).

Numa pessoa hospitalizada visa-se, sobretudo, a sua recuperação face a um problema de saúde, com o intuito de a melhorar e de a reintegrar na sociedade o mais rapidamente possível. Assim, o planeamento da alta é considerado um dos processos que contribui para o sucesso da pessoa no regresso a casa (Ferreira *et al.*, 2011). A avaliação das necessidades da pessoa com doença oncológica não deve ser feita de forma simplificada, devendo ser tida em consideração, para além das necessidades físicas, os aspetos emocionais, financeiros e a sua rede de apoio. Cabe ao enfermeiro avaliar todas estas necessidades em que a pessoa precisa de auxílio para maximizar o autocuidado e a capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2014). A alta hospitalar é um processo e não um evento isolado, pelo que se preconiza o desenvolvimento e a implementação de um plano para facilitar a transferência da pessoa do hospital para um local apropriado. Enquanto a maioria das pessoas recebe tratamento hospitalar e posteriormente retorna à sua vida habitual, uma percentagem de pessoas necessita de cuidados adicionais (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003).

Cohen & Nirenberg (2011) e Mayer *et al* (2012) identificaram nas pessoas internadas predominância de um défice de conhecimentos, motivação e interesse no momento da alta hospitalar. No entanto, atualmente tem-se verificado que as

peças internadas que recebem informações por parte da equipa de enfermagem antes da alta hospitalar, ficam menos ansiosas e experienciam menos problemas no regresso a casa, potenciando a capacidade do seu autocuidado (Pereira, 2011; Hari & Rosenzweig, 2012).

Esta temática ganha, assim, relevância neste projeto de intervenção, uma vez que é considerada como uma “lacuna” pelos enfermeiros do contexto onde exerce funções. O objetivo da implementação deste projeto de intervenção será, efetivamente, o de promover o autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal. Este será sustentado pela Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem, através da elaboração de estratégias e planeamento de ações, com o intuito de perspetivar resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem. Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (*Apêndice XX*), cujos resultados irão justificar os achados expostos ao longo deste relatório relativamente às intervenções de enfermagem que contribuem para a preparação para a alta da pessoa adulta e idosa submetida a cirurgia por doença oncológica gastrointestinal.

Patrícia Benner (2001) refere o facto de os enfermeiros não demonstrarem por escrito os resultados das aprendizagens que foram realizando ao longo da sua prática. Este projeto pretende demonstrar o contrário, traduzindo a perícia dos cuidados de enfermagem, testando e propondo hipóteses em situações da prática clínica relacionadas com o planeamento da alta da pessoa com doença oncológica.

Segundo os níveis de desenvolvimento preconizados por Benner (2001), considero-me atualmente como *Competente*. Com a execução deste projeto pretendo expandir as competências de enfermeiro generalista para posteriormente incorporar as competências preconizadas para o enfermeiro especialista, tais como: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011), Competências do 2º Ciclo (Decreto-Lei n.º 115/2013) e a *Oncology Nurse Navigator Core Competencies* (Oncology Nursing Society, 2013). De acordo com a Direção Geral de Saúde (2000), entende-se por competência a atitude do profissional de saúde e a sua capacidade de integrar os conhecimentos associados às boas práticas da profissão e à resolução de problemas. O

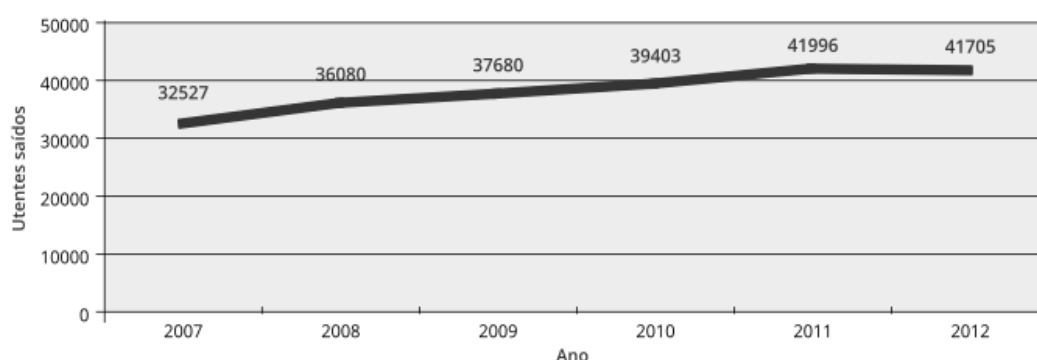
planeamento da alta dos doentes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos doentes e os recursos da comunidade, é uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Este projeto de intervenção encontra-se organizado inicialmente com a definição da problemática, seguindo-se depois o enquadramento teórico, onde são abordadas as temáticas referentes às necessidades da pessoa com doença oncológica do sistema gastrointestinal/cuidadores, preocupações sentidas pelos enfermeiros na preparação para a alta destas pessoas e planeamento da mesma, tendo sempre em vista a promoção do autocuidado. Posteriormente será abordada a fase de implementação do projeto, começando por identificar as necessidades dos enfermeiros e das pessoa com oncológica e seus cuidadores, planeando o projeto e implementando as atividades a serem desenvolvidas nos locais de ensino clínico, refletindo sobre as mesmas. Para culminar, serão apresentadas as implicações para a prática resultantes deste relatório, assim como as questões éticas envolvidas, terminando com as considerações finais.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Com a evolução demográfica e a exposição a fatores de risco, a incidência de doenças oncológicas tende a aumentar nos próximos anos. Segundo o relatório do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, publicado pela Direcção Geral de Saúde (2013), na maioria das neoplasias tem havido um crescimento significativo da carga assistencial a doentes com cancro nos hospitais portugueses, sendo que 77% destes são operados em instituições, que realizam mais de mil cirurgias oncológicas por ano.

Gráfico 1: Número de Cirurgias Oncológicas em Portugal Continental, entre 2007 e 2012



Fonte: SIGIC/ACSS

De acordo com a publicação do Registo Oncológico Regional do Centro (2014), relativa aos dados do Registo Oncológico Nacional, em 2008 verificaram-se em Portugal Continental e Ilhas um total de 43312 neoplasias, sendo que 10949 destas correspondem a tumores do sistema gastrointestinal. Mesmo que a cirurgia seja realizada com intenção curativa, a maior fonte de ansiedade das pessoas com neoplasias gastrointestinais é o medo da recorrência das mesmas (Worster & Holmes, 2009).

De uma forma geral, têm-se verificado um aumento progressivo das neoplasias malignas do estômago, colon e reto, tendo os enfermeiros um papel preponderante em alertar a população aos diversos níveis de prevenção dos mesmos (Direcção Geral de Saúde, 2013). De Janeiro a Dezembro de 2013, no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital onde exerço funções, verificou-se a existência de um total de 244 cirurgias, sendo que 158 destas foram cirurgias a neoplasias malignas (cerca de 65%). Dentro do universo das cirurgias a

neoplasias malignas, 112 das mesmas são devidas a neoplasias do sistema gastrointestinal (cerca de 70%).

A dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e a falta de planeamento dos cuidados são apontados como fatores que contribuem para a existência de lacunas na implementação do planeamento da alta em enfermagem (Watts, Pierson & Gardner, 2006). É, muitas vezes, através do próprio doente que o enfermeiro é informado da alta, sem ser incluído ou participar na mesma, sabendo de antemão que a maioria destas pessoas regressam a casa com elevados níveis de dependência dos cuidados de enfermagem e a necessitarem de cuidadores. Na redefinição das políticas de saúde e de orientação dos cuidados hospitalares, em que impera a redução de custos, as altas são cada vez mais precoces e há uma maior responsabilização dos cuidadores na garantia de disponibilização de cuidados à pessoa doente (Silva, 2007). Em estudos anteriores, na preparação para a alta de pessoas submetidas a duodenopancreatectomia por doença oncológica, alvo de uma educação para a saúde não estruturada, verificou-se um aumento da taxa de readmissão por desnutrição, desidratação e complicações associadas à ferida cirúrgica (Hari & Rosenzweig, 2012). Harrison *et al* (2011) apontam que, das 521 pessoas incluídas no estudo, 219 (42%) tinham necessidades de cuidados de suporte não satisfeitas, das quais 50% de todas as necessidades eram de domínio físico, 26% das necessidades totais, não satisfeitas, permaneciam na primeira semana após a alta hospitalar e 21% das mesmas persistiram após 6 meses. Os sobreviventes a neoplasias referem a existência de necessidades e angústia, sendo os enfermeiros um parceiro fundamental para criar soluções e construir modelos de cuidados úteis para o autocuidado (Schlaired *et al*, 2010).

Um adequado planeamento da alta hospitalar torna-se fundamental, não só para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade (Garção, 2013). Assim, a implementação de um Projeto de Intervenção na área da promoção do autocuidado nas pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia gastrointestinal ganha realce ao nível do aumento dos ganhos em saúde e da importância dos enfermeiros na preparação para a alta, bem como na relação custo-benefício, como sublinham estudos anteriores (Lo *et al.*, 2010; Harrison *et al.*, 2011; Dyar *et al.*, 2012).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Necessidades da pessoa com doença oncológica do sistema gastrointestinal/cuidadores na preparação para a alta

A evidência científica recomenda a identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica do sistema gastrointestinal/cuidadores na preparação para a alta como a primeira etapa do planeamento da alta. São identificadas necessidade de diversa ordem: físicas, emocionais, espirituais, psicossociais, de suporte e de comunicação, para que seja possível dirigir adequadamente o foco de atenção sobre os aspectos que necessitam de educação/treino e instrução ou são fonte de preocupação (Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). No que respeita às necessidades físicas, as pessoas com doença oncológica experienciam sintomas como a dor, cansaço, fadiga, xerostomia, náuseas, vômitos, diarreia, incontinência urinária e disfunção sexual (Taylor & Odey, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Grant *et al*, 2012), que permanecem mais ou menos exacerbados após a alta e carecem de intervenção da comunidade, de forma estruturada. O controlo de sintomas é, assim, uma das intervenções de enfermagem, que envolve os cuidadores, dado que são interpretados como causa de *distress* e ansiedade para o núcleo envolvente da pessoa, bem como podem representar sobrecarga física (Harrison *et al*, 2013). As necessidades emocionais e espirituais não são tão facilmente verbalizadas pela pessoa com doença oncológica/cuidadores, dado que são aspectos do foro íntimo e somente são expressos quando existe uma comunicação honesta entre o enfermeiro e o doente. A negação, o medo, a depressão e a raiva são exemplos de emoções identificadas por Taylor, Cummings & McGilly (2012), como sensações sentidas pelas pessoas com doença oncológica, pelo que sugerem o recurso a ferramentas, como o *Termómetro de Distress* e *checklist's* de preocupações, semanalmente (Marbach & Griffie, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). A implementação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Mayer *et al*, 2012) ou da qualidade de vida (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant *et al*,

2012; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013), também são apontadas como importantes ferramentas para diagnosticar precocemente situações de desajuste psicológico e fornecer uma resposta apropriada.

Relativamente às necessidades psicossociais e de suporte, Marbach & Griffie (2011), Taylor & Odey (2011), Grant *et al* (2012) e Harrison *et al* (2013) referem a importância da existência da educação para a saúde, tanto às pessoas com doença oncológica como aos seus cuidadores, nas áreas onde seja aferido *deficit* de conhecimento, nomeadamente na gestão do regime terapêutico, cuidados na mobilização, personalização da dieta, prevenção de complicações, sobretudo associadas à ferida cirúrgica, manuseamento de dispositivos (sonda nasogástrica, gastrostomia endoscópica percutânea) e ostomias.

Os cuidadores não podem ser dissociados deste processo, devendo ser incluídos na preparação para a alta. A sua importância é enfatizada por Dempster *et al* (2011), ao referirem que o sofrimento psicológico é frequentemente partilhado e experienciado tanto pela pessoa, como pela família/ cuidadores.

2.2. Preocupação dos enfermeiros na preparação para a alta

De acordo com Aguillar & Angerami (1992) a alta é um conjunto de intervenções, cuidados médicos e de enfermagem, bem como a perceção de missão cumprida, fazendo a ponte entre os cuidados hospitalares e os cuidados domiciliários. A alta está associada a um conjunto de incertezas, medos e ansiedade, relativos à transferência do hospital para casa. Sendo a última fase do processo de internamento, a alta não deve ser encarada como a etapa final do processo de prestação de cuidados, devendo ser promovida a continuidade dos mesmos. Alfonso *et al*. (1999) defendem que a alta deve permitir a readaptação do doente ao seu ambiente familiar e comunitário nas melhores condições possíveis.

O planeamento da alta é o processo contínuo decorrente do momento da alta hospitalar, facilitando o planeamento das intervenções necessárias à satisfação das necessidades das pessoas que precisam de cuidados de saúde,

com o intuito de proporcionar a continuidade dos cuidados, na perspetiva da pessoa/família/comunidade. Deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo a pessoa, a família e a equipa de saúde, visando a garantia de aquisição de ganhos em saúde (Grimmer *et al.*, 2006).

Num estudo de Grimmer, Hedges & Moss (1999), estes definiram quatro fases de estruturação do planeamento da alta: (1) o conhecimento das necessidades das pessoas que irão ter alta, (2) o desenvolvimento de planos de alta pertinentes, (3) a implementação dos planos elaborados e (4) a avaliação dos resultados obtidos.

Neste sentido, e de acordo com Grimmer & Moss (2001), podem considerar-se os seguintes objetivos do planeamento da alta: (1) minimizar o número de dias desagradáveis em ambiente hospitalar intensivo; (2) permitir à pessoa reassumir a sua vida social; (3) facilitar a rápida transição dos doentes do meio hospitalar para a comunidade; (4) conduzir à resolução de problemas e à obtenção de metas, tendo em conta as expectativas das pessoas, cuidadores e profissionais de saúde, sem prejudicar os imperativos dos hospitais.

Em Portugal, só recentemente se tem manifestado interesse por esta temática, com os processos de planeamento de alta a serem encarados como critérios importantes para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, atualmente considerada como exigência social, política e cultural, ilustradora do nível de desenvolvimento do país. Os enfermeiros, ao serem considerados os profissionais que se encontram mais próximos das pessoas com problemas de saúde, faz deles o elo de ligação entre os restantes membros da equipa multidisciplinar (Pompeo *et al.*, 2007), daí a sua preocupação em todo o processo de estadia da pessoa no internamento hospitalar e, conseqüentemente, no planeamento da alta.

2.3. Contributo dos cuidadores na preparação para a alta

A nível hospitalar, o êxito dos cuidados às pessoas internadas provém da conjugação de esforços e competências da equipa multidisciplinar, mas também da articulação destes com os cuidadores, sendo estes considerados os principais

responsáveis pela assistência e prestação de cuidados à pessoa após a alta (Alves, 2010).

Os cuidadores são hoje em dia essenciais na continuidade dos cuidados, visto que cada vez mais prevalecem situações de pessoas com doenças crónicas, onde se incluem as doenças oncológicas, de longa duração e decorrentes do envelhecimento da população. A prestação de cuidados a pessoas dependentes após a alta hospitalar pode surgir de duas formas distintas: através de cuidadores formais ou de cuidadores informais. Os cuidadores formais são profissionais qualificados com preparação específica para o desempenho deste papel, estando os seus cuidados integrados no âmbito de uma atividade profissional. Relativamente aos cuidadores informais são, geralmente, pessoas da família, amigos, vizinhos ou outros que assumem a prestação de cuidados no domicílio (Sequeira, 2007).

Bidarra (2012) refere que não só a pessoa doente mas também o seu cuidador devem ser abordados de forma holística, interpretando a extensão da lesão que o cuidado provoca na saúde e qualidade de vida daqueles que cuidam, atendendo às suas vivências, necessidades e representações do cuidador face à pessoa doente. Já Hesbeen (2000) defende que a qualidade dos cuidados prestados é muito influenciada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida, ou seja, do desejo de cuidar para além dos atos executados, do olhar, do toque e da motivação. O mesmo autor refere ainda que os cuidados prestados às pessoas com doença oncológica são compostos por imensas ações que são, sobretudo, apesar da tecnicidade, uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção à pessoa doente e seus familiares.

Os enfermeiros são, assim, desafiados a encontrar novas estratégias de prestação de cuidados, em que haja envolvimento por parte dos cuidadores, ainda no contexto hospitalar, para que após a alta haja o envolvimento destes na capacitação do autocuidado.

2.4. Promoção do autocuidado na preparação para a alta em enfermagem: Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem, de Dorothea Orem

Com o crescente aumento da população idosa e a prevalência cada vez mais acentuada das doenças crónicas, como as doenças oncológicas, as políticas de saúde são chamadas à responsabilidade no que toca ao envolvimento das pessoas e famílias para cuidarem de si próprias e na procura de comportamentos de saúde que integrem sistemas terapêuticos específicos com a ajuda dos enfermeiros, para que estes sejam capazes de gerir melhor os seus processos de saúde-doença. O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo do tempo e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo fundamental o seu desenvolvimento no planeamento da alta das pessoas com doença oncológica (Petronilho, 2012).

O modelo conceptual de enfermagem orientador do planeamento e implementação deste projeto reporta-se à teórica de enfermagem Dorothea Orem, autora da Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem. Esta teoria é composta por três teorias inter-relacionadas, sendo estas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). A Teoria do Autocuidado engloba o conceito de autocuidado, a ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e a exigência terapêutica de autocuidado (Foster & Bennett, 2000). Para Orem (2001), o autocuidado é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro do tempo previsto. A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem (1991, p. 71), defende que os enfermeiros são essenciais quando “a habilidade do cuidador está aquém da exigida para o preenchimento de uma demanda conhecida de autocuidado... [ou] a habilidade de autocuidado ou dos cuidados dependentes excede ou iguala-se à exigida para satisfazer a demanda de autocuidado atual”. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem refere que a enfermagem é uma ação humana, pois é concebida e produzida por enfermeiros através do exercício da prática, com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

“O autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção

da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença. No entanto, tem tido uma crescente atenção como um recurso na gestão da doença crónica, entre as quais, pela sua grande prevalência a nível mundial, destacamos [...] o cancro” (Petronilho, 2012). Segundo Taylor & Odey (2011), o autocuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Queirós (2010), acrescenta ainda que o autocuidado é universal, porque abrange todos os aspetos que a pessoa vivencia, não se restringindo às atividades de vida diária e às instrumentais.

Quando uma pessoa com doença oncológica é submetida a cirurgia do sistema gastrointestinal, perde temporariamente a capacidade de realização de algumas atividades de vida diárias, perdendo a capacidade de se autocuidar. O enfermeiro tem, assim, um papel preponderante na promoção do autocuidado destas pessoas. Para Orem (2001), o agente de autocuidado é aquele que providencia o mesmo a si próprio ou a outrem. Os enfermeiros tornam-se, assim, agentes de autocuidado quando prestam apoio às pessoas limitadas ou inaptas nas suas atividades de vida diárias (Foster & Bennett, 2000).

Dorothea Orem (1991, p. 9) identifica cinco métodos essenciais para ajudar a pessoa no seu autocuidado: “1) Agir ou fazer para outra pessoa; 2) Guiar e orientar; 3) Proporcionar apoio físico e psicológico; 4) Proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar”. Estes métodos podem ser utilizados pelos enfermeiros tanto individualmente como em conjunto, desde que proporcionem o apoio necessário ao autocuidado da pessoa necessitada. A mesma autora (1991, p. 340) defende a existência de cinco áreas fundamentais para a atuação dos enfermeiros na promoção do autocuidado, sendo estas: “1) Iniciar e manter um relacionamento enfermeira-paciente com o indivíduo, família ou grupo até que o paciente possa ser legitimamente liberado da enfermagem; 2) Determinar se e como os pacientes podem ser ajudados através da enfermagem; 3) Responder às solicitações, desejos e necessidades do paciente em relação ao contato e à assistência da enfermeira; 4) Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos pacientes (e às pessoas significativas) em forma de enfermagem; 5) Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do paciente e nos serviços sociais e educacionais necessários.”

O autocuidado é o foco e o resultado da promoção da saúde e das intervenções de gestão da doença que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e a condição de saúde global dos indivíduos (Sidani, 2011). Assim, este representa uma base teórica para as intervenções psico-educativas, cognitivas e comportamentais, o que implica o planeamento de atividades de aprendizagem que visem o aumento dos conhecimentos e habilidades das pessoas face à tomada de decisão. “Os objetivos e os resultados esperados pelos enfermeiros decorrentes das suas intervenções são o desempenho apropriado das ações e comportamentos por parte dos indivíduos com vista a obterem ganhos em saúde. Deste modo, o autocuidado também é considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem” (Petronilho, 2012).

2.5. Preparação para a alta em enfermagem da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal

O papel do enfermeiro na preparação para a alta emergiu no início do século XXI como uma prática autónoma dentro da organização hospitalar, de forma a que a pessoa internada e sua família usufruíssem das melhores condições, da informação, do acompanhamento e qualificação necessários para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio (Silva, 2007).

Apesar da atuação frequente dos enfermeiros na preparação para a alta, esta intervenção só ultimamente tem despertado o interesse dos investigadores para encontrar respostas que visem o seu aperfeiçoamento (Friedlander & Lage, 2002). A pesquisa de novas intervenções e a sua avaliação tem revelado a importância do papel da equipa de enfermagem nesta situação específica. O planeamento da alta em enfermagem é o culminar de um investimento dos enfermeiros na capacidade de cuidar da pessoa e assegurar que a dependência e o isolamento social das mesmas seja minimizado, maximizando a sua autonomia (Direção Geral de Saúde, 2004).

A pessoa com doença oncológica do sistema gastrointestinal possui uma diversidade de tratamentos para o combate à mesma, sendo a cirurgia o método mais antigo mas, no entanto, o mais utilizado. A cirurgia pode não só ser efetuada

para o tratamento da doença, como também para a determinação do diagnóstico e do seu estadió, como efeito paliativo, tratamento adjuvante, nas emergências oncológicas ou no controlo da dor (Phipps, Sands & Marek, 2003)

A precocidade com que as altas são dadas após cirurgia tende a complicar a preparação para a mesma, uma vez que o tempo disponível para tal diminui, devendo o enfermeiro ser capaz de colher e analisar informação pertinente para o desenvolvimento de uma preparação para a alta adequada (Cornelius, 2000; Friedlander & Lage, 2002; Mizuno, Kakuta & Inoue, 2009). Os enfermeiros devem focar-se sobretudo na promoção do autocuidado e na educação para a saúde, avaliando e identificando sempre as necessidades específicas de cada pessoa e avaliando a disponibilidade do cuidador em participar nos cuidados (Cornelius, 2000).

Uma vez que a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal, após a alta do serviço de internamento, irá frequentar outros serviços de saúde, há que planear a alta de forma a que haja continuidade de cuidados.

“À medida que os sistemas de administração de cuidados de saúde tentam controlar os custos e evitar a duplicação de serviços, enquanto se mantém os cuidados de alta qualidade, o enfermeiro [oncologista] tem de estar consciente que a avaliação e o planeamento da alta não se devem limitar aos cuidados agudos.”
(Cornelius, 2000: 748)

O mesmo autor valoriza a importância de um planeamento da alta estruturado, devendo incluir neste a avaliação das necessidades e identificação das mesmas, o planeamento dos cuidados de enfermagem, documentação de dados essenciais para o planeamento da alta, comunicação e educação para a saúde à pessoa e cuidadores. Uma vez que cada pessoa é única, apresentando especificidades que lhe são inerentes, torna-se primordial preparar a alta de forma individual, colmatando as suas necessidades.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

3.1. Diagnóstico de situação

Foi realizada uma colheita de dados, de forma informal, aos membros da equipa de enfermagem, doentes e cuidadores para identificar necessidades que pudessem ser colmatadas nas pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia gastrointestinal. Foi possível perceber que a promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal é uma temática que necessita de ser aprofundada, devido a existência de algumas lacunas por parte dos enfermeiros.

Relativamente aos obstáculos sentidos pelos enfermeiros do Serviço de Cirurgia do Hospital Central onde exerço funções, estes referem sentir dificuldades na área da comunicação, tanto com os doentes como entre a equipa multiprofissional, obstáculos relativos ao início do planeamento da alta na admissão da pessoa no serviço de internamento e o facto de as altas serem cada vez mais precoces. Pompeu et al (2007) refere, efetivamente, que na realidade da prática observa-se que a orientação para a alta é realizada no momento da saída da pessoa do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internamento, o que dificulta a compreensão por parte do doente e propicia a ocorrência de erros.

No que concerne às necessidades de formação existentes por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, estas passam por encontrar estratégias para preparar a alta da pessoa desde o acolhimento da mesma no serviço, envolvendo o cuidador em todo este processo, tal como está descrito na literatura pelos autores Morgan (2009), Belansky & Mahon (2011), Marbach & Griffie (2011), Taylor & Odey (2011), Mayer et al, 2012; Jackson, Scheid & Rolnick (2013), Sprague et al (2013), Bernard & Foss (2014) e Fong (2014).

No quadro seguinte (Quadro 1) estão descritas as preocupações sentidas pelas pessoas com doença oncológica gastrointestinal internadas no Serviço de Cirurgia Geral e cuidadores na preparação para a alta, preocupações essas que são apoiadas pela evidência científica, com base nos autores enumerados.

Quadro 1: Preocupações sentidas pelas pessoas com doença oncológica gastrointestinal e cuidadores na preparação para a alta num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central

		Validação destas preocupações por outros autores
Preocupações sentidas pelas pessoas doentes e cuidadores	Necessidade de informação	Morgan, 2009; Cohen & Nirenberg, 2011; Taylor & Odey, 2011
	Necessidade de suporte emocional	Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011
	Dúvidas que surgem após a alta	Sprague et al, 2013
	Carência de informação	Cohen & Nirenberg, 2011; Mayer et al, 2012
	Receio de demonstrar que não perceberam o que lhes foi transmitido	Cohen & Nirenberg, 2011; Mayer et al, 2012
	Dificuldades económicas e nas redes de apoio	Morgan, 2009; Taylor & Odey, 2011
	Espetativas acerca da necessidade ou não de realizar mais tratamentos	Morgan, 2009; Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Jackson, Scheid & Rolnick, 2013

Uma vez que este Projeto de Intervenção irá ser implementado no serviço onde exerço funções e que existiram mudanças a nível organizacional no Departamento de Cirurgia do Hospital, nomeadamente no início da realização dos ensinos clínicos, houve necessidade de alterar ligeiramente a temática do presente projeto.

Assim, uma vez que a enfermaria onde presto cuidados se singe atualmente à receção de pessoas provenientes do Serviço de Urgência que necessitem de ser internadas para tratamento médico ou cirúrgico (independentemente da patologia) e de pessoas com patologia esofago-gástrica (nomeadamente neoplasias) para cirurgia eletiva, fez sentido direcionar a temática deste projeto para as pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica.

3.2. Planeamento do projeto

Uma vez que este projeto de intervenção tem como finalidade a promoção do autocuidado à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofagogastrica, houve necessidade de procura de conhecimentos dentro desta temática. Foram escolhidos cinco locais de ensino clínico, todos em Hospitais Públicos do Sistema Nacional de Saúde, para visualizar realidades distintas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem na área da preparação para a alta.

Para melhor compreender o percurso do doente e otimizar os cuidados de enfermagem na preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia no Hospital onde exerço funções – Hospital Central – houve necessidade de realizar três dos locais de ensino clínico em serviços da mesma instituição: Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Cuidados Paliativos e Consultas Externas. De forma a ter conhecimento de outras realidades existentes na área da preparação para a alta em enfermagem, os outros dois locais de ensino clínico foram realizados num Hospital Oncológico, um deles num Serviço de Cirurgia Geral e outro numa Unidade de Cuidados Paliativos (Cuidados Domiciliários).

A realização dos ensinamentos clínicos ocorreu no período de 29 de Setembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015, tendo somente uma interrupção letiva entre 22 de Dezembro de 2014 e 2 de Janeiro de 2015.

Com a execução deste projeto pretendo desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011), Competências do 2º Ciclo (Decreto-Lei n.º 115, 2013) e a *Oncology Nurse Navigator Core Competencies* (Oncology Nursing Society, 2013), que irão ser explicitas em pormenor no próximo subcapítulo.

3.3. Implementação das atividades e reflexão

A realização dos ensinamentos clínicos teve como finalidade o desenvolvimento de competências e a aquisição de novos conhecimentos, contribuindo assim para

a melhoria dos cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esófago-gástrica, cumprindo os objetivos gerais preconizados:

- Aprofundar conhecimentos na área do planeamento da alta da pessoa com doença oncológica;
- Desenvolver competências no planeamento da alta da pessoa com doença oncológica, nos diversos contextos de ensino clínico;
- Otimizar as intervenções de enfermagem no âmbito do planeamento da alta da pessoa em situação oncológica, no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital onde exerce funções.

Os objetivos específicos, as atividades delineadas e os resultados esperados para cada local de ensino clínico serão alvo de análise e reflexão nos subcapítulos que se seguem.

Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (*Apêndice XX*), cujos resultados irão justificar os achados expostos ao longo deste relatório relativamente às intervenções de enfermagem que contribuem para a preparação para a alta da pessoa adulta e idosa submetida a cirurgia por doença oncológica gastrointestinal. Como critérios de inclusão foram contemplados artigos com foco na pessoa com doença oncológica, com recurso a metodologia quantitativa e/ou qualitativa, capazes de demonstrar quais as intervenções de enfermagem no processo de preparação para a alta.

A prática reflexiva surge também ao longo de todos os ensinamentos clínicos, “vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação [...] na aquisição de um profundo conhecimento dos [...] saberes e das [...] práticas” (Santos e Fernandes, 2004, p. 59). Durante a realização dos ensinamentos clínicos a reflexão sobre a ação foi efetuada na procura da evidência científica, de forma a aumentar a capacidade de aprender a partir da prática, permitindo que o conhecimento e a experiência fossem fundamentados e sustentados por essa mesma prática, tal como é preconizado por Santos (2003).

Como refere D’Espiney (2008, p. 11), “ao profissional não basta já ter o título. Este necessita provar, na acção e em situação, a sua competência para intervir de forma adequada. É o próprio que, por via do modo como intervém, conquista a legitimidade para a sua acção”.

3.3.1. Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico

Este ensino clínico decorreu no período de 29 de Setembro a 17 de Outubro de 2014 no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico, com o intuito de observar outra realidade relativamente à preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica comparativamente ao Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central, local onde exerço funções.

O objetivo específico para este local de ensino clínico encontra-se descrito no quadro seguinte (Quadro 2), assim como as atividades que me propus desenvolver durante o mesmo e os resultados esperados.

Quadro 2: Objetivo específico delineado para o Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico

Desenvolver competências na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none">• Observação dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica;• Participação nos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">• Identificar instrumentos utilizados na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica;• Promover o autocuidado através da prestação de cuidados às pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica;• Perceber o envolvimento dos cuidadores no planeamento da alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Recolha de instrumentos;• Registo de estratégias utilizadas pelos enfermeiros na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica;• Realização de notas de campo;• Consulta dos registos de enfermagem.

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (EEEPSCP) é a de “cuidar de pessoas

com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011, p.2). Tendo em conta que um dos critérios dos padrões de qualidade do EEEPSCP é “o planeamento da alta dos doentes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos doentes e os recursos da comunidade” (OE, 2014, p.9), a frequência deste local de ensino clínico contribuiu para adquirir novos conhecimentos com a finalidade de melhorar o processo de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica.

Implementação das atividades

Durante este período de estágio foi possível observar e participar nos cuidados de enfermagem a pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, desde a admissão no serviço até à alta, demonstrando uma das competências do grau de mestre que visa “saber aplicar os [seus] conhecimentos e a [sua] capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 115/2013, p. 4761).

As pessoas com doença oncológica propostas para cirurgia eletiva ao esófago ou estômago são internadas na véspera ou no próprio dia da cirurgia e é realizado o acolhimento de enfermagem num gabinete específico para tal. O enfermeiro aconselha que esteja presente o acompanhante (cuidador/familiar) da pessoa internada, se este assim o desejar, pois geralmente é um período onde a ansiedade está presente e em que as questões realizadas pelo enfermeiro são importantes e devem ser escutadas atentamente para que não haja falha no fornecimento de dados. O acompanhante é, geralmente, um elo fundamental no processo de colheita de dados, uma vez que vai completando as informações fornecidas pela pessoa doente. Tal como a literatura sublinha, a inclusão da pessoa significativa no plano de cuidados favorece a sua continuidade (Marbach & Griffie, 2011).

A colheita de dados realizada durante o acolhimento de enfermagem é feita com base num impresso que o Hospital possui para o efeito (*Anexo I*). Além das perguntas realizadas acerca da história de doença atual, são questionados antecedentes pessoais e familiares, padrão das atividades de vida diárias, dados de identificação e contacto de pessoas significativas e é avaliado o índice de massa corporal. É informado o acompanhante acerca dos períodos de visita e entregue um documento com o horário da mesma e o contacto telefónico do serviço. O enfermeiro fornece também informações sucintas à pessoa que irá ser submetida a cirurgia e seu acompanhante acerca do percurso que irá fazer dentro da instituição, nomeadamente a realização de exames pré-operatórios, localização do bloco operatório e período pós-operatório imediato numa sala de recuperação, disponibilizando-se para responder a questões, dúvidas e preocupações sentidas pelo doente e acompanhante. Posteriormente, o enfermeiro informa a pessoa e o acompanhante onde será o seu quarto e a cama respetiva durante o internamento. Após a cirurgia, o enfermeiro da sala de recuperação recebe informações sobre a pessoa submetida a cirurgia, referindo os antecedentes pessoais, a cirurgia a que foi submetida, a duração da mesma e intercorrências existentes. À chegada à enfermaria, são iniciadas sessões de educação para a saúde por parte dos enfermeiros à pessoa submetida a cirurgia esofago-gástrica e cuidador. A informação fornecida é realizada de forma gradual e consoante a disponibilidade que a pessoa tem para a receber. Assim como Marbach & Griffie (2011) preconizam, deve ser identificada a fase mais adequada para a educação/ instrução/ treino.

Relativamente ao cuidador, é agendado com o mesmo, presencialmente, um dia e hora para realizar os ensinamentos. As temáticas abordadas durante as sessões de educação para a saúde são relativas aos cuidados com a alimentação, cuidados com a respiração, cuidados nas mobilizações, cuidados à ferida operatória e, quando necessário, cuidados com dispositivo de alimentação (sonda nasोजejunal e PEG). São também transmitidos à pessoa alguns sintomas que pode sentir quando começar a ingerir alimentos e como deve agir para os minimizar, assim como sinais de alerta a que deve estar atento e onde recorrer se necessário. Todavia, a primeira etapa do planeamento para a alta, exige a identificação das necessidades físicas, emocionais, espirituais, psicossociais, de suporte e de comunicação, para que seja possível dirigir adequadamente o foco

de atenção sobre os aspectos que necessitam de educação/treino e instrução ou são fonte de preocupação (Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013).

No dia da alta é entregue a carta de alta de enfermagem em impresso próprio da instituição (*Anexo II*), com o resumo relativo ao internamento da pessoa no serviço e com as intercorrências relevantes durante o mesmo. Mayer *et al* (2012) e Marbach & Griffie (2012) defendem a entrega da carta de alta no dia da alta clínica à pessoa com doença oncológica ou cuidador em formato papel, associando a este ato a explicação oral do que está escrito e o esclarecimento de dúvidas.

Este campo de estágio é um dos serviços do Hospital Oncológico onde está a decorrer um projeto piloto (em suporte informático) na área da preparação para a alta. Este vem ao encontro da sintetização dos dados do internamento da pessoa no Serviço de Cirurgia Geral, sendo preenchido pela equipa multiprofissional, de forma a ser entregue à pessoa no momento da alta um documento em que conste a informação destes dois profissionais de saúde. Um exemplo de uma destas cartas de alta encontra-se disponível no *Anexo III*. No dia da alta é também entregue uma carta de recomendações dietéticas (*Anexos IV e V*) em parceria com a dietista do serviço. Segundo o estudo de Marbach & Griffie (2011), as pessoas preferem a entrega da carta de alta em papel, em complemento com a educação para a saúde por parte dos enfermeiros, no sentido de ajudar a interpretar as informações. Segundo os mesmos autores, as pessoas vêem os enfermeiros como sendo os profissionais de saúde mais envolvidos na área do desenvolvimento, entrega e clarificação do plano de cuidados.

Reflexão

No decorrer deste estágio foi possível participar nos cuidados de enfermagem às pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofagogástrica, desde o acolhimento até à alta. No *Apêndice I* encontram-se as notas de campo realizadas neste local de ensino clínico relativamente aos ensinamentos efetuados a estas pessoas e cuidadores, promovendo a educação para a saúde

apropriada e atempada às pessoas doentes, família e cuidadores, facilitando a compreensão das mesmas, de forma a permitir a tomada de decisões (ONS, 2013)

Ao longo do ensino clínico foi também possível desenvolver competências ao nível do “estabelecimento da relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”, tal como é preconizado pela OE (2011, p. 2). Segundo a ONS (2013, p.13), a nível comunicacional, há que estabelecer habilidades de comunicação interpessoal de forma eficaz com as pessoas doentes, famílias e pares a todos os níveis. Os autores Marbach & Griffie (2011), Mayer *et al* (2012) e Taylor, Cummings & McGilly (2012) partilham da mesma opinião, referindo que um dos elementos fundamentais para que o processo de preparação para a alta seja eficaz, é a comunicação entre as pessoas envolvidas na mesma. Questionar as pessoas certas e os aspectos certos é um princípio essencial no planeamento de cuidados das pessoas com doença oncológica, fazendo-o de forma estruturada e escutando atentamente as respostas.

O facto de poder acompanhar a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica durante o seu internamento no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Oncológico veio mostrar uma realidade diferente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central onde trabalho, na medida em que tive oportunidade de acompanhar o doente no pós-operatório imediato (sala de recuperação) e de conhecer novos instrumentos de preparação para a alta, como as *checklist's* e os folhetos. Segundo Harrison *et al* (2013) as *checklists* e outras ferramentas, como folhetos, podem ser utilizados para que a preparação para a alta seja mais facilitadora.

Assistir às sessões de educação para a saúde das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica e seus cuidadores foi também uma mais valia, no sentido da promoção do autocuidado que é implícita ao longo de todo o internamento da pessoa. Silva (2007) sublinha o papel interventivo por parte dos enfermeiros no autocuidado, através do sistema de apoio e de educação. A mobilização e levante precoce e o facto de responsabilizar a pessoa e cuidador na gestão do seu processo de doença faz com que haja uma maior autonomia no pós-operatório, facilitando a promoção da interação junto das

peças com doença crónica, incapacitante e terminal e seus cuidadores e familiares, como é preconizado pela OE (2011).

3.3.2. Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Central

Este ensino clínico decorreu no período de 20 de Outubro a 7 de Novembro de 2014 na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de um Hospital Central, com os objetivos específicos de otimizar recursos ao nível intra-hospitalar, dando visibilidade ao percurso da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica no Hospital em causa e de participar na prestação de cuidados da pessoa com doença oncológica na fase paliativa. As atividades a que me propus desenvolver durante este ensino clínico, bem como os resultados esperados, encontram-se descritos nos quadros seguintes (Quadros 3 e 4).

Quadro 3: Objetivo específico 1 delineado para a Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Central

Participar na prestação de cuidados da pessoa com doença oncológica na fase paliativa	
Atividades a Desenvolver	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento da equipa de enfermagem;• Participação na prestação de cuidados das pessoas com doença oncológica em fase paliativa.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">• Presenciar a continuidade de cuidados de enfermagem após a alta do Serviço de Cirurgia;• Acompanhar a continuidade de cuidados de enfermagem após a alta do Serviço de Cirurgia.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Estabelecer um plano de cuidados em pareia com a pessoa com doença oncológica e cuidadores.• Elaborar um estudo de caso de uma pessoa com doença oncológica esofago-gástrica, em fase paliativa

Quadro 4: Objetivo específico 2 delineado para a Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Central

Estabelecer parceria com a Unidade de Cuidados Paliativos, para facilitar a rede de referência ou a consultadoria de pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, com uma expectativa de vida limitada	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades de cuidados das pessoas com doença oncológica em fase paliativa submetidas a cirurgia esofago-gástrica e cuidadores, seguidas pela Unidade de Cuidados Paliativos; • Enumeração das respostas da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos às pessoas com doença oncológica em fase paliativa submetidas a cirurgia esofago-gástrica e cuidadores; • Identificação das estratégias de referência das pessoas com doença oncológica em fase paliativa submetidas a cirurgia esofago-gástrica, do Serviço de Cirurgia Geral para a Unidade de Cuidados Paliativos; • Identificação de um elemento de referência preferencial entre o Serviço de Cirurgia Geral e a Unidade de Cuidados Paliativos; • Otimização da articulação entre o Serviço de Cirurgia Geral e a Unidade de Cuidados Paliativos.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o adequado protocolo intra-hospitalar de referência à Unidade de Cuidados Paliativos; • Melhorar o controlo de sintomas e qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia esofago-gástrica e cuidadores.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir o elemento de referência do Serviço de Cirurgia Geral à Unidade de Cuidados Paliativos, no âmbito do planeamento da alta das pessoas com doença oncológica; • Fortificar a parceria com a Unidade de Cuidados Paliativos.

Como já foi referido anteriormente, uma das competências do EEEPSCP é “cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011, p.2). Como critérios de avaliação desta competência, o enfermeiro “avalia e diagnostica as necessidades de cuidados paliativos na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao nível físico, psico-emocional, espiritual e sócio-familiar” (OE, 2011, p.3).

Foi neste sentido que os objetivos para este local de ensino clínico foram delineados, uma vez que no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central em causa existe uma articulação com a UCP durante o internamento da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica. Esta é realizada através de um impresso preenchido pela equipa multiprofissional, que se pode visualizar no *Anexo VI*.

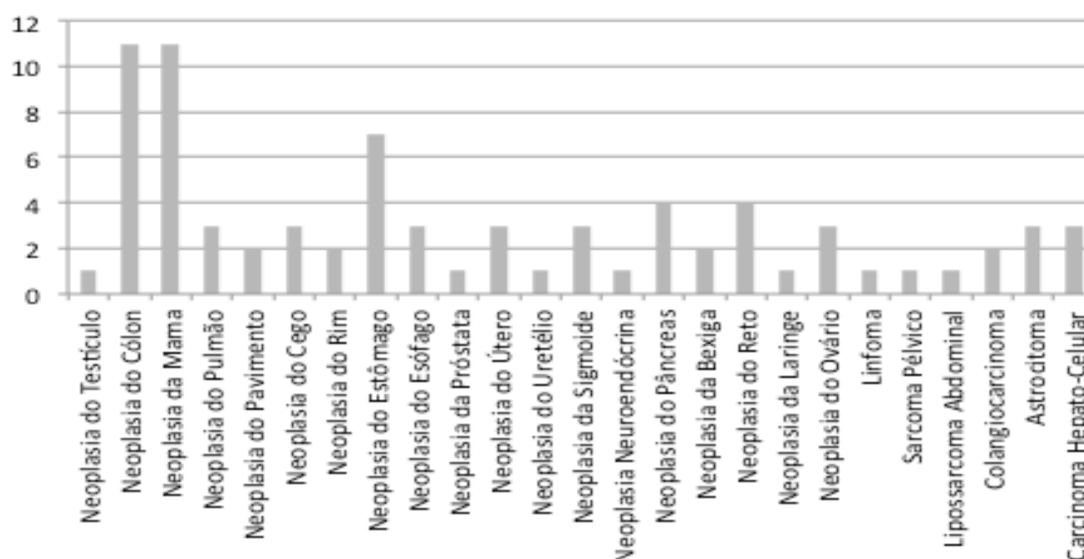
A maioria dos casos em que é pedido apoio à UCP por parte do Serviço de Cirurgia Geral é pelo facto de o doente apresentar sintomas descontrolados. É de conhecimento geral, que a medicina paliativa não atua só a nível do controlo sintomático, sendo uma área mais vasta, abrangendo não só a componente física como as vertentes psico-emocionais e espirituais. Isto vai ao encontro de outro dos critérios de avaliação do perfil de competências do EEEPSCP, que “analisa e valoriza o peso de variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multimodal e multidimensional” (OE, 2011, p.3).

A UCP é constituída por uma equipa multidisciplinar, que engloba dois médicos de medicina interna, quatro enfermeiros, um assistente social, três psicólogos e dois assistentes operacionais. Esta equipa trabalha durante os cinco dias úteis da semana, das 8h às 20h, prestando cuidados a pessoas adultas e idosas com doenças crónicas incapacitantes ou terminais, internadas ou seguidas por especialidades deste Hospital Central.

Implementação das atividades

Das setenta e nove pessoas que a equipa de Cuidados Paliativos acompanhou durante o tempo de realização deste ensino clínico, sessenta e cinco encontram-se em regime ambulatorio e catorze estão internadas na instituição. Relativamente ao tipo de patologia que está na origem do acompanhamento por parte desta equipa, somente uma pessoa possui uma patologia não oncológica (Esclerose Lateral Amiotrófica), sendo que as restantes setenta e oito têm doença oncológica. No gráfico seguinte (*Gráfico 2*), percebe-se quais as neoplasias mais comuns que as pessoas acompanhadas nesta Unidade de Cuidados Paliativos possuem.

Gráfico 2: Neoplasias mais comuns das pessoas com doença oncológica acompanhadas pela Unidade de Cuidados Paliativos



A neoplasia do estômago é a terceira mais comum (n=7) nas pessoas com doença oncológica seguidas na UCP no período de realização do ensino clínico, existindo ainda três pessoas com neoplasia do esófago a serem acompanhadas pela equipa.

De forma a identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica e cuidadores informais após a alta do Serviço de Cirurgia Geral, acompanhei a equipa de enfermagem da UCP deste hospital e participei na prestação de cuidados das pessoas com doença oncológica em fase paliativa.

Na primeira consulta é realizada uma colheita de dados mais exaustiva, de forma a questionar dados pessoais e de saúde, nomeadamente a história de doença atual. Após esta colheita de dados, a equipa de saúde tenta perceber o que preocupa a pessoa atualmente, ou seja, quais as necessidades que esta possui, utilizando para tal um impresso próprio, que se encontra no *Anexo VII*.

De uma forma geral, as necessidades mais manifestadas pelas pessoas consultadas são o controlo de sintomas, sendo os mais comuns a dor, as náuseas e a obstipação. O enfermeiro “avalia e identifica os sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico” (OE, 2011, p.3)

São também avaliados os parâmetros vitais durante a consulta e realizadas colheitas de sangue e urina pelo enfermeiro, para que a pessoa não se desloque ao serviço de colheitas, promovendo o seu conforto. Após a visualização dos achados de imagem e valores clínicos, a equipa multidisciplinar, em conjunto com a pessoa e cuidador estabelece um plano individualizado, com a Ordem dos Enfermeiros preconiza (OE, 2011). É fornecida à pessoa e cuidador uma folha de terapêutica (*Anexo VIII*), de forma a facilitar a gestão do regime terapêutico. Aliado à entrega deste documento, o enfermeiro explica minuciosamente toda a medicação que a pessoa irá realizar no domicílio e também medidas não farmacológicas de alívio de sintomas, tais como posicionamentos de alívio, indo ao encontro do que é preconizado pela OE (2011, p. 3), que defende que o EEEPSCP “adopta medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas”. Neste sentido, as pessoas com doença oncológica experienciam sintomas como a dor, cansaço, fadiga, xerostomia, náuseas, vômitos, diarreia, incontinência urinária e disfunção sexual (Taylor & Odey, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Grant et al, 2012), que permanecem mais ou menos exacerbados após a alta e carecem de intervenção da comunidade, de forma estruturada. O controlo de sintomas é, assim, uma das intervenções de enfermagem, que envolve os cuidadores, dado que são interpretados como causa de distress e ansiedade para o núcleo envolvente da pessoa, bem como podem representar sobrecarga física (Harrison et al, 2013).

A necessidade de comunicação é também umas das mais observadas durante as consultas. As necessidades emocionais e espirituais não são tão facilmente verbalizadas pela pessoa com doença oncológica/cuidador, dado que são aspectos do foro íntimo e somente são expressos quando existe uma comunicação honesta entre enfermeiro/doente. A negação, o medo, a depressão e a raiva são exemplos de emoções identificadas por Taylor, Cummings & McGilly (2012), como sensações sentidas pelas pessoas com doença oncológica. O enfermeiro “utiliza ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e com cuidadores e família, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim, como o ajuste de expectativas” (OE, 2011, p.4). A comunicação de más notícias é sempre um momento de alguma tensão, em que não sabemos qual irá ser a reação da pessoa e cuidador, mas que temos de estar preparados para reagir a esta. Aqui, o

enfermeiro “apoia o doente, cuidadores e familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e patológico)” (OE, 2011, p.4).

A necessidade de apoio social pode ser também identificada pelo enfermeiro durante a consulta da Unidade de Cuidados Paliativos, que se reúne com a pessoa/cuidador para perceber o tipo de ajudas que estes necessitam. Nestas necessidades psicossociais e de suporte, Marbach & Griffie (2011), Taylor & Odey (2011), Grant *et al* (2012) e Harrison *et al* (2013) referem a importância da existência da educação para a saúde, tanto às pessoas com doença oncológica como aos seus cuidadores, nas áreas onde seja aferido deficit de conhecimento, nomeadamente na gestão do regime terapêutico, cuidados na mobilização, personalização da dieta, prevenção de complicações, sobretudo associadas à ferida cirúrgica, manuseamento de dispositivos (sonda nasogástrica e PEG) e ostomias. A falta de recursos económicos é uma das outras necessidades mais frequentes, seguindo-se a necessidade de apoio para cuidar da pessoa quando esta é dependente, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto, alimentação e mesmo necessidade de um cuidador formal ou encaminhamento para instituição.

Finda a consulta, existe um *follow-up* telefónico realizado pela equipa de enfermagem, onde é utilizado um impresso próprio (*Anexo IX*) para registar quais as necessidades que a pessoa ou cuidador manifestam no domicílio. As questões colocadas pela pessoa e cuidador são respondidas pela equipa de enfermagem. É muitas vezes através do *follow-up* telefónico que o enfermeiro “identifica, em tempo útil, situações de agudização” (OE, 2011, p.3), atuando perante as mesmas (OE, 2011). Um estudo de Taylor, Cummings e McGilly (2012) refere que no planeamento de cuidados, o *follow-up* é essencial para colmatar as necessidades físicas, emocionais e espirituais que as pessoas com neoplasia tanto necessitam. Segundo Taylor & Odey (2011), o *follow-up* é uma ferramenta essencial no processo de comunicação entre as pessoas com doença oncológica e os enfermeiros.

Outras das vertentes da UCP é o facto de acompanharem não só as pessoas em regime ambulatorio, como também as que estão internadas nos diversos serviços da instituição. Tive a possibilidade de acompanhar a equipa em duas visitas intra-hospitalares. Esta visita é, da mesma forma, realizada

conjuntamente por um médico e um enfermeiro e é questionado à pessoa o que mais a incomoda no momento, agindo em consonância com o que for descrito pela mesma.

A identificação do elemento de referência do Serviço de Cirurgia Geral à UCP, no âmbito do planeamento da alta das pessoas com doença oncológica era uma das atividades propostas para este local de ensino clínico, que foi efetuada com sucesso. A enfermeira em causa já possui um projeto de intervenção do âmbito da gestão de más notícias, tornando-se o elo de ligação entre o Serviço de Cirurgia Geral e a UCP deste Hospital.

Foi também possível a realização de um estudo de caso (*Apêndice II*) de uma pessoa com neoplasia gástrica internada no Serviço de Cirurgia Geral e que necessitou de acompanhamento da UCP durante o internamento. Este estudo de caso foi apresentado e discutido com a equipa de enfermagem da UCP.

Duas das atividades que não estavam preconizadas para este ensino clínico, mas que se revelaram essenciais foi um turno de observação no Hospital de Dia de Oncologia e a visualização de uma sessão de hipnose para controlo sintomático da dor, na Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD).

A observação da prestação de cuidados de enfermagem no Hospital de Dia de Oncologia permitiu conhecer mais um serviço dentro deste Hospital Central e visualizar uma das etapas do percurso da pessoa com doença oncológica. O tratamento da doença oncológica com quimioterapia pode ser utilizado como adjuvante ou neoadjuvante à cirurgia e também como tratamento paliativo. No caso das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, a quimioterapia pode fazer parte do tratamento, pelo que foi uma mais valia saber o funcionamento deste serviço e os cuidados de enfermagem nele prestados.

A sessão de hipnose a que assisti permitiu o acesso a uma realidade ainda pouco realizada e aprovada nos serviços de saúde em Portugal, mas que se revela bastante eficaz. A pessoa submetida a hipnoterapia possuía dor oncológica, tendo a sessão uma duração de cerca de trinta minutos. Após a mesma, tive oportunidade de questionar a pessoa que foi submetida a hipnose para controlo da dor qual era a sua perceção deste método de tratamento, sendo a resposta muito positiva, tendo a pessoa referido que desde que é submetida a sessões de hipnose suspendeu muita da medicação analgésica que realizava e

que a amplitude de movimentos que consegue realizar hoje em dia não se comparam à época em que não era submetida a este tipo de tratamento.

A hipnose surgiu como forma de tratamento na UMD em 2008 e realiza-se através da comunicação de ideias ao outro, colocando a pessoa em estado de transe, estabelecendo uma condição de predisposição às ideias que permite a utilização de aprendizagens (Erikson, 2007). A hipnose é “um estado intermédio entre o sono e a vigília, que pode ser induzido por um profissional especializado e pode consistir numa possibilidade ao alívio da dor” (AEOP, 2015, p.15)

Reflexão

A realização deste ensino clínico foi uma mais valia, pois possibilitou o desenvolvimento de competências específicas para as pessoas com doença oncológica em fase paliativa.

O facto de ter a oportunidade de realizar um estudo de caso, em que a pessoa em causa estava internada no Serviço de Cirurgia Geral e era acompanhada pela UCP, possibilitou-me observar as duas realidades simultaneamente e tirar partido de cada uma delas individualmente. Um plano de cuidados que valorize as necessidades da pessoa com doença oncológica/cuidadores, vocacionado para a melhoria da qualidade de vida, contribui de igual forma para minimizar o surgimento de complicações pós-cirúrgicas e, conseqüentemente, diminui a taxa de readmissão hospitalar (Taylor & Odey, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Grant *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012).

A UCP possibilitou-me ainda a visualização do que é o trabalho em equipa, colaborando com estes na prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica na fase paliativa, e também estratégias de comunicação para lidar com estas pessoas e seus cuidadores. O EEEPSCP “utiliza estratégias de comunicação e de trabalho em equipa, assim como conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética, para tomar decisões adequadas que permitam uma proporcionalidade adequada no uso de terapêuticas invasivas e diagnósticas” (OE, 2011, p.3). Foi também possível visualizar que o enfermeiro da UCP “reúne periodicamente com cuidadores e/ou familiares, reavaliando as suas

necessidades” e “ constrói e actualiza o plano de intervenção em parceria com os familiares e cuidadores” (OE, 2011, p.3).

No que se refere ao autocuidado, este é promovido durante as consultas de medicina paliativa, tanto à pessoa com doença oncológica, se este tiver capacidade para tal, como ao cuidador que a acompanha. O enfermeiro “utiliza estratégias eficazes de autocuidado para minimizar potenciais geradores de *stress* relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, a pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares” (OE, 2011, p.3). Para que haja promoção do autocuidado, são realizadas sessões de educação para a saúde pelo enfermeiro durante a consulta acerca da gestão do regime terapêutico, de cuidados com dispositivos de alimentação, de medidas de conforto, tentando que haja sempre o envolvimento e a participação da pessoa e cuidador no planeamento dos cuidados. Isto vai ao encontro com o defendido pelos critérios de avaliação das competências do EEEPSCP, em que o enfermeiro “incentiva activamente doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, complexos, em consonância com os seus desejos e preferências”, assim como “identifica e defende, sistematicamente, objectivos de actuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados” (OE, 2011, p.3).

O *follow-up* telefónico é uma das ferramentas utilizada pela UCP, em que o enfermeiro “demonstra resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação entre indivíduos, cuidadores, familiares e membros da equipa de saúde, salvaguardando necessidades individuais, desejos e respectivos cuidados” (OE, 2011, p.3). As modalidades de acompanhamento sugeridas recaem no *follow-up*, que tanto pode ser efetuado presencialmente, como referem Taylor & Odey (2011), como via telefónica ou informática, segundo Grant *et al* (2012).

3.3.3. Consultas Externas de um Hospital Central

O estágio nas Consultas Externas de um Hospital Central decorreu no período de 10 a 28 de Novembro de 2014, com os objetivos específicos de

participar na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica após a alta do Serviço de Cirurgia Geral e de conhecer os moldes de implementação de uma consulta pré e pós operatória para apurar a necessidade de criação de uma consulta dirigida para a cirurgia esofago-gástrica na pessoa com doença oncológica . As atividades a que me propus desenvolver durante este ensino clínico, bem como os resultados esperados, encontram-se descritos nos quadros seguintes (*Quadros 5 e 6*).

Quadro 5: Objetivo específico 1 delineado para as Consultas Externas de um Hospital Central

Participar na prestação de cuidados de enfermagem da pessoa com doença oncológica, após a alta do Serviço de Cirurgia Geral	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da equipa de enfermagem e participar na prestação de cuidados das pessoas com doença oncológica na fase do pós-operatório; • Identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidadores no pós-operatório.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Presenciar a continuidade de cuidados de enfermagem após a alta do Serviço de Cirurgia; • Acompanhar a continuidade de cuidados de enfermagem após a alta do Serviço de Cirurgia
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar as necessidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores no pós-operatório.

Quadro 6: Objetivo específico 2 delineado para as Consultas Externas de um Hospital Central

Conhecer os moldes de implementação de uma consulta pré e pós operatória, para apurar a necessidade de criação de uma consulta dirigida para a cirurgia esofago-gástrica na pessoa com doença oncológica	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades de cuidados das pessoas com doença oncológica no Serviço de Consultas Externas; • Enumeração das respostas da equipa de enfermagem das Consultas Externas às pessoas com doença oncológica em fase paliativa, submetidas a cirurgia; • Aprofundamento de saberes sobre as etapas de criação e funcionamento de uma consulta pré e pós operatória; • Averiguação da logística de criação de uma consulta pré e pós operatória, dirigida a pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica e cuidadores; • Identificação das estratégias de referenciação das pessoas com doença

	<p>oncológica esofago-gástrica, do Serviço de Cirurgia Geral para o Serviço de Consultas Externas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de um elemento de referência preferencial entre o Serviço de Cirurgia Geral e o Serviço de Consultas Externas; • Otimização da articulação entre o Serviço de Cirurgia e o Serviço de Consultas Externas.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber o percurso da pessoa com doença oncológica dentro do Hospital Central; • Melhorar os cuidados de enfermagem às pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica no período pré e pós operatório; • Estimular a criação de uma consulta pré e pós operatória, dirigida a pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica e cuidadores.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma consulta pré e pós operatória dirigida a pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica e seus cuidadores; • Constituir o elemento de referência do Serviço de Cirurgia Geral à equipa de enfermagem das Consultas Externas, no âmbito do planeamento da alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica.

O Serviço de Consultas Externas deste Hospital Central é um serviço de regime ambulatorio onde são realizadas consultas médicas de várias especialidades e consultas de enfermagem. No primeiro dia de ensino clínico reuni-me com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, no sentido de apresentar o projeto de intervenção que pretendia desenvolver no Serviço de Cirurgia Geral e de que forma é que o estágio nas Consultas Externas me iria fornecer novos contributos e aquisição de novos conhecimentos. Foi-me comunicada que existiam consultas de enfermagem nos doentes submetidos a cirurgia oncológica, nomeadamente nas patologias intestinais e da mama, não existindo contacto dos enfermeiros da Consulta Externa com pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica. Desde modo, é uma área lacunar com potencial de atuação, como uma mais-valia no processo de consolidação de competências, tendo em conta que a pessoa com doença oncológica, independentemente do tipo de abordagem cirúrgica, experiencia vivências/necessidades comuns (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer *et al*, 2012; Grant *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). Assim, neste ensino clínico

foram observados os cuidados de enfermagem a pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia intestinal e da mama, no pós-operatório após a alta do Serviço de Cirurgia Geral, com o intuito de retirar o melhor destas experiências, no sentido de transpor para as pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica as que a elas se aplicassem.

Implementação das atividades

No sentido de perceber o percurso da pessoa com doença oncológica dentro do Hospital Central, acompanhei a equipa de enfermagem na prestação de cuidados das pessoas com doença oncológica na fase do pós-operatório nas Consultas Externas. A existência de um projeto recentemente aprovado pela Direção de Enfermagem do Hospital em causa de uma Consulta de Enfermagem da Mama veio possibilitar a aquisição de novos conhecimentos nesta área e o desenvolvimento das atividades propostas para este ensino clínico. Os registos de enfermagem são realizados em sistema informático e foram criadas intervenções de enfermagem específicas para as pessoas com esta patologia, baseadas na evidência científica mais atual. A criação e implementação de linhas orientadoras de boa prática são consideradas como uma mais-valia no autocuidado, dado que têm como potencial uniformizar a atuação e garantir que as necessidades identificadas obtêm resposta adequada, diferenciada e sustentada (Harrison *et al*, 2013). É estabelecido um plano de cuidados individualizado para cada pessoa e são realizadas intervenções de enfermagem específicas para cada caso, desde o acolhimento na Consulta de Enfermagem da Mama até a alta da mesma.

Após dois turnos a observar e a participar nos cuidados de enfermagem nas *Consultas de Enfermagem da Mama*, e após ter verificado que a criação de uma consulta similar para pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica seria um contributo para as mesmas, sugeri a ideia à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe, que também acharam que seria uma consulta interessante. Nesse sentido, falei com o médico responsável pelas cirurgias oncológicas esofago-gástricas deste Hospital, que se mostrou disponível em

colaborar neste projeto de criação de uma Consulta de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica Esofago-Gástrica.

Uma vez que foram verificadas, tanto na literatura como na prática, a existência de necessidades de suporte nas pessoas com doença oncológica que irão ser submetidas a cirurgia esofago-gástricas no pré-operatório, pensou-se em dividir o projeto da Consulta de Enfermagem em duas áreas distintas, ou seja, a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória e outra pós-operatória. Assim, foi elaborado um projeto de criação da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica Esofago-Gástrica (*Apêndice III*).

As Consultas de Enfermagem são uma atividade específica do enfermeiro, uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado” (Portaria n.º 163, 2013, p.2496), promovendo a visibilidade da profissão. Com o projeto de criação desta consulta, foi identificado um elemento do serviço de Cirurgia Geral como elo de ligação com os enfermeiros da Consulta Externa, de forma a promover a continuidade de cuidados para a pessoa cuidada. O cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral prontificou-se a fornecer com antecedência a listagem com o nome das pessoas com doença oncológica a serem submetidas a cirurgia esofago-gástrica à enfermeira do Serviço de Cirurgia Geral que será o elemento de referência, para que esta forneça esses dados aos enfermeiros da Consulta Externa e estes marquem uma Consulta de Enfermagem Pré-operatória. Os conhecimentos básicos sobre a oncogénese, tratamento/ cirurgia e plano terapêutico (Marbach & Griffie, 2011) trabalhados em parceria com o enfermeiro, exigem frequentemente uma articulação com outros profissionais de saúde e outras redes de referenciação na comunidade, de modo a garantir a continuidade de cuidados (*Grant et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). Tal procedimento requer instrumentos de documentação adequados capazes de demonstrar as necessidades humanas afetadas que necessitam de acompanhamento nas diferentes etapas (Marbach & Griffie, 2011; Grant *et al*, 2012). Na Consulta de Enfermagem Pré-operatória preconizou-se a colheita de dados pessoais e de saúde à pessoa, assim como a história de doença atual. Será entregue um folheto com informações à pessoa proposta para cirurgia esofágica (*Apêndice IV*) ou gástrica (*Apêndice V*), elaborado durante o decorrer

deste ensino clínico. Os folhetos contêm informações acerca do que deve levar para o internamento, quais as rotinas pré-operatórias e de como irá acordar depois da cirurgia. Se for oportuno e a pessoa demonstre vontade será preconizada uma breve visita ao serviço de internamento após a Consulta de Enfermagem Pré-operatória.

Para que a equipa de enfermagem das Consultas Externas tivesse conhecimento do projeto em questão, foram realizadas duas sessões de formação, de forma a que todos os enfermeiros do serviço tivessem conhecimento do mesmo. O plano de sessão da formação encontra-se no *Apêndice VI*, assim como os diapositivos da mesma, no *Apêndice VII*.

Para perceber que informações são transmitidas pelo médico à pessoa no pré e no pós operatório, tive também oportunidade de visualizar três consultas médicas durante a realização deste ensino clínico. Na primeira consulta, a pessoa em questão era uma senhora de 79 anos, encaminhada de outra instituição para esclarecimento do diagnóstico. O médico realizou a história clínica da pessoa, com o auxílio do cuidador que a acompanha, seguindo-se a observação física, pedidos de análises e exames e marcação de uma nova consulta. A segunda consulta a que tive a possibilidade de assistir foi a de um senhor com 81 anos que veio saber o resultado dos exames e análises que tinha realizado no mês anterior, tendo-lhe sido comunicado a ele e à esposa que possuía uma “massa” no estômago e que teria de ser operado, primeiramente para estadiamento do tumor e depois para retirar o estômago. A terceira consulta observada dizia respeito a uma consulta pós-operatória de rotina de um senhor submetido a gastrectomia total há dois anos, que conhecia por ter estado internado no Serviço de Cirurgia Geral. Os doentes operados têm consultas anualmente, onde apresentam exames e análises de rotina realizados cerca de um mês antes da consulta para ver se não existe progressão ou uma recidiva da neoplasia. As necessidades emocionais e espirituais não são tão facilmente verbalizadas pela pessoa com doença oncológica/cuidadores, dado que são aspectos do foro íntimo e somente são expressos quando existe uma comunicação honesta, onde a presença do enfermeiro nas consultas pode ser um aspecto facilitador (Marbach & Griffie, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013).

Ainda relativamente às necessidades identificadas nas pessoas com doença oncológica e cuidadores, no pós-operatório, nas Consultas da Mama tive

oportunidade de visualizar que, a necessidade mais frequente é a de aceitação da auto-imagem. Hoje em dia, tenta-se colmatar esta situação com a realização de cirurgias reconstrutivas, de forma a melhorar a auto-imagem e auto-estima. Estabelecendo um paralelismo com as pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica, há também uma alteração da auto-imagem, no sentido que são pessoas que têm uma perda ponderal acentuada, o que pode não ser bem aceite pelas mesmas em termos estéticos. A promoção da participação em grupos de apoio com pessoas em condição semelhante de saúde/doença é identificada como uma dimensão facilitadora (Marbach & Griffie, 2011; Mayer *et al*, 2012; Harrison *et al*, 2013), que revela a importância do enfermeiro conhecer os recursos da comunidade, para poder informar a pessoa/cuidadores das diversas opções de suporte.

Reflexão

A passagem pelas Consultas Externas veio, primeiro que tudo, dar a conhecer um serviço dinâmico e aberto a novas iniciativas. O que à primeira vista foi encarado por mim como um campo de estágio com poucas oportunidade de aprendizagem, devido ao facto de não existirem consultas de enfermagem a pessoas com patologia esofago-gástrica, veio a tornar-se numa surpresa ao ter a oportunidade de realizar um projeto de uma consulta nesta área, indo ao encontro de uma das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), que refere que o enfermeiro “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2011, p. 3)

Com a criação da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica Esofago-Gástrica, as pessoas terão benefícios ao longo do seu processo de tratamento, existindo desde cedo a promoção do autocuidado por parte dos enfermeiros de ambos os serviços. Uma das mais valias deste projeto será o conhecimento adquirido pelos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral e das Consultas Externas do percurso que estas pessoas fazem dentro da instituição e das ferramentas utilizadas para a promoção do autocuidado em ambos os serviços.

A continuidade dos cuidados de enfermagem no pós-operatório é essencial, sendo o serviço de Consultas Externas o local apropriado para o desenvolvimento dos mesmos, no sentido em que o doente é acompanhado ao longo do seu processo de tratamento na mesma instituição. Estabeleceram-se relações entre pares do Serviço de Cirurgia Geral e do Serviço de Consultas Externas, aspeto facilitador no acompanhamento das pessoas submetidas a cirurgia e no encaminhamento de um serviço para o outro. Esta foi uma modalidade de aplicar os pressupostos de Dorothea Orem (2001), vocacionada para a promoção do autocuidado, que possibilita à pessoa com doença oncológica/cuidadores tomarem iniciativa, assumirem responsabilidades e envolverem-se, com a finalidade major de manter e/ou aumentar a qualidade de vida e capacidade funcional após a alta hospitalar, no contexto específico do Serviço de Cirurgia Geral. De acordo com Petronilho (2012) o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com valorização na promoção da saúde e do bem-estar da pessoa, através de um aumento de conhecimentos e habilidades, onde os enfermeiros têm um papel decisivo para a melhoria da qualidade de vida.

A formação realizada aos pares neste campo de estágio vem ao encontro dos critérios de avaliação das CCEE, em que o enfermeiro “atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos”, atuando como formador (OE, 2011, p.10). Aguarda-se a aprovação superior pela Direcção de Enfermagem do Hospital acerca do projeto desenvolvido neste local de ensino clínico.

3.3.4. Unidade de Cuidados Paliativos Domiciliários de um Hospital Oncológico

De 1 a 19 de Dezembro de 2014 realizou-se o estágio na Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos (UDCP) de um Hospital Oncológico, com o intuito de observar a realidade das pessoas com doença oncológica em fase paliativa no domicílio.

Assim, o objetivo específico para este ensino clínico foi o de participar na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio à pessoa com doença oncológica na fase paliativa, tendo como atividades a desenvolver as apresentadas no quadro seguinte (*Quadro 7*).

Quadro 7: Objetivo específico delineado para a Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos de um Hospital Oncológico

Participar na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio à pessoa com doença oncológica na fase paliativa	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da equipa de enfermagem; • Participação na prestação de cuidados às pessoas com doença oncológica em fase paliativa, no domicílio; • Identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidadores no domicílio.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Presenciar e acompanhar a continuidade de cuidados de enfermagem após a alta do serviço de internamento
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um Jornal de Aprendizagem com as necessidades identificadas pelas pessoas com doença oncológica e cuidadores no domicílio.

A equipa multidisciplinar da Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos é composta por uma médica, quatro enfermeiras e uma assistente operacional, prestando cuidados a pessoas com doença oncológica em fase paliativa, no domicílio e a pessoas internadas na instituição. Quando necessário, dão também apoio a este serviço uma Assistente Social e uma Psicóloga da instituição hospitalar. Esta equipa trabalha durante todo o ano, incluindo fins-de-semana, feriados e épocas festivas, das oito da manhã às quatro da tarde, estando também disponíveis via telefónica dentro deste horário. As pessoas a quem são prestados cuidados por esta equipa têm doença oncológica em estágio avançado, são seguidas por especialidades médicas neste Hospital Oncológico e residem no concelho de Lisboa.

Implementação das atividades

Durante os turnos efetuados neste estágio acompanhei a equipa de enfermagem e participei na prestação de cuidados às pessoas com doença oncológica em fase paliativa, no domicílio. Tive oportunidade de ajudar a cuidar de treze das dezasseis pessoas inscritas na UDCP durante este período. As pessoas com doença oncológica que necessitam de cuidados domiciliários são referenciadas de dois modos distintos: ou já são acompanhadas pela equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar e após terem alta clínica continuam a ser acompanhadas pela UDCP; ou são referenciadas à UDCP pela equipa médica quando as pessoas vão a consultas de rotina e são identificados benefícios em serem acompanhadas no domiciliário.

De forma a avaliar as pessoas com doença oncológica em fase paliativa que necessitam de apoio no domicílio, a seleção de candidatos à UDCP é realizada de acordo com Critérios de Complexidade, um documento que se encontra no *Anexo X*, em que são identificados os sintomas que a pessoa apresenta, situações de difícil controlo vivenciadas pela mesma e elementos de complexidade relativos a situações psicológicas e sociais. Quando a pessoa possui critérios de complexidade, em que é necessário um apoio urgente por parte da UDCP, é efetuada uma visita domiciliária por parte da médica e de uma enfermeira. Na primeira visita domiciliária são identificadas as necessidades da pessoa com doença oncológica, o nível de autonomia da mesma, a presença/necessidade de cuidador, a necessidade de ajudas técnicas, entre outros.

A equipa multidisciplinar observa a pessoa, visualiza a terapêutica atual, avalia os sinais vitais e entrega um guia de acolhimento (*Anexo XI*) à pessoa ou cuidador, explicando qual o objetivo da UDCP, apresentando a equipa e disponibilizando os contactos telefónicos e o horário de funcionamento. São realizadas algumas questões à pessoa/cuidador de forma a preencher a Folha de Admissão de Doentes (*Anexo XII*), nomeadamente a identificação da pessoa, o resumo do processo clínico, a história de doença atual, antecedentes pessoais e familiares, avaliação do estado cognitivo, avaliação de sintomas, exame físico, perceção da pessoa e família relativamente à doença, enquadramento familiar, caracterização do cuidador principal, avaliação sócio-económica, necessidades

identificadas pela pessoa e cuidador e planeamento dos cuidados. São realizadas alterações terapêuticas necessárias e ativado o apoio social quando este é solicitado pela pessoa/cuidador e, por fim, agendado com a pessoa/cuidador a próxima visita domiciliária

Uma das particularidades da equipa multidisciplinar deste local de estágio é a existência de uma reunião, diariamente, onde é discutido o plano de cuidados para cada pessoa, indo ao encontro do que é preconizado pela OE (2011, p. 3), que refere que o EEEPSCP “estabelece um plano individualizado para a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”. Após a primeira visita domiciliária, as restantes visitas são realizadas somente pelas enfermeiras, só sendo necessário a presença da médica se houver alterações significativas identificadas pela equipa de enfermagem e que considerem necessário a presença da mesma. As restantes situações são abordadas na reunião multidisciplinar diariamente, sendo as alterações necessárias ao plano de cuidados discutidas em equipa e modificadas quando necessário. Uma das unidades de competência do EEEPSCP é “identificar as necessidades das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares” (OE, 2011, p.3). Para que fosse possível identificar as necessidades das pessoas com doença oncológica e seus cuidadores no domicílio, no término deste ensino clínico realizei um Jornal de Aprendizagem, que se encontra no *Apêndice VIII*, em que após observação e participação nos cuidados de enfermagem a estas pessoas foi possível identificar a comunicação como a necessidade major, nomeadamente no que toca à gestão de expectativas por parte da pessoa com doença oncológica e seu cuidador, e à comunicação de más notícias.

O controlo de sintomas foi também identificado como uma necessidade a colmatar indo de encontro ao que diz a OE (2011, p.3), que refere que o enfermeiro “avalia e identifica sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico”. Os sintomas descontrolados mais encontrados foram a dor, náuseas e vômitos, fadiga, anorexia, obstipação e sonolência. Relacionado com o descontrolo sintomático, a gestão do regime terapêutico e o acesso à medicação foram apontados pelas pessoas com doença oncológica acompanhadas

pela UDPC e seus cuidadores como uma necessidade deveras importante. Um acesso mais estruturado e compreensivo do plano de cuidados no *follow-up* poderá facilitar a gestão de sintomas e preocupações que, de outra forma, poderiam não ser identificados (Taylor & Odey, 2011).

A necessidade de cuidador, formal ou informal, é também uma constante em todas as pessoas cuidadas no decorrer deste ensino clínico. Dez das pessoas cuidadas pela UDPC possuem cuidadores informais, que são membros da família, sendo que as restantes três pessoas possuem cuidadores formais. Em ambos os casos o enfermeiro deve estar atento a quaisquer sinais de exatão por parte do mesmo, “identificando factores de risco e situações problemáticas, associadas a exatão física e emocional” (OE, 2011, p.4), proporcionando apoio nessas ocasiões. Foi possível observar dois casos em que houve exatão por parte do cuidador, sendo que num dos casos a familiar cuidadora foi aconselhada a passar uns dias de férias e quem ficou a assegurar os cuidados foi outra familiar e uma cuidadora formal e no outro caso foi comunicada a situação à assistente social, que providenciou contactos de cuidadoras formais ao familiar cuidador para que este pudesse ter auxílio a cuidar da familiar.

O nível de autonomia das pessoas com doença oncológica no domicílio foi também avaliado pela equipa de enfermagem no decorrer deste ensino clínico, sendo que sete das pessoas cuidadas pela UDPC eram independentes e as restantes seis dependiam dos cuidadores. A promoção do autocuidado foi sempre valorizada pela equipa de enfermagem, estimulando a pessoa com doença oncológica e o cuidador para que a mesma realizasse o maior número de tarefas possíveis. O facto de a pessoa de sentir útil e voltar a realizar algumas atividades de vida que antes não conseguia devido ao descontrolo de sintomas foi encarada com ânimo por parte da mesma, do cuidador e da equipa da UDPC. Assim, a utilização de “estratégias eficazes de autocuidado para minimizar potenciais geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte” (OE, 2011, p.4) foi de extrema importância durante a realização deste ensino clínico.

O resultado final do Jornal de Aprendizagem (*Apêndice VIII*) efetuado no decorrer deste ensino clínico foi partilhado com a equipa multidisciplinar numa das reuniões diárias, possibilitando a permuta de saberes relativamente a esta temática.

Reflexão

A realização deste ensino clínico permitiu visualizar o trabalho de equipa necessário para que as pessoas com doença oncológica em estágio avançado possam permanecer no domicílio, com apoio dos cuidadores, e com as suas necessidades colmatadas. Quando optei pela realização deste local de ensino clínico, ia com a expectativa de observar e participar em cuidados de enfermagem em fim de vida, no domicílio. Portanto, foi uma agradável surpresa constatar que no decorrer das três semanas de estágio a maioria das pessoas cuidadas não estava no estadio de fim de vida, sendo a maioria independente. Os cuidados de enfermagem prestados eram maioritariamente ao nível do controlo sintomático, gestão do regime terapêutico, apoio emocional, realização de técnicas (colheita de sangue, realização de pensos, algaliação) e articulação com outros profissionais de saúde. Assim, a intervenção de enfermagem ocorreu nas cinco áreas de atividade para a prática de enfermagem valorizados por Orem, que preconizam iniciar e manter um relacionamento enfermeiro/cliente/família até que a pessoa desenvolva a máxima autonomização, determinar como a pessoa com doença oncológica pode ser ajudada pelos cuidados de enfermagem; responder aos desejos, solicitações, necessidades do doente face ao contacto e assistência do enfermeiro; prescrever e proporcionar ajuda; coordenar, integrar os cuidados de enfermagem na vida diária, assim como outros cuidados de saúde necessários com carácter social/educativo (Foster & Janssens, 1993). Neste local de ensino clínico não foi possível prestar cuidados a nenhuma pessoa submetida a cirurgia esofago-gástrica. No entanto, o contacto com as pessoas cuidadas durante este estágio possibilitou a identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica e seus cuidadores no domicílio, de uma forma geral. A promoção do autocuidado foi realizada em todas as visitas domiciliárias a que tive a possibilidade de estar presente, sendo o enfermeiro o principal responsável por estimular a pessoa doente/cuidador a fazê-lo e sugerindo estratégias para tal.

Constatei também que os cuidadores, sendo estes formais ou informais, são um elo essencial no planeamento de cuidados às pessoas com doença oncológica no domicílio, uma vez que fornecem informações à equipa de enfermagem que, por vezes, o doente não referiu e que são cruciais para que o plano de cuidados e as intervenções de enfermagem seja mais individualizadas

para cada pessoa. Estudos anteriores atribuem particular ênfase à individualização de cuidados e à relação interpessoal, sendo considerados elementos cruciais para aumentar os ganhos em saúde, associados à preparação para a alta (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer *et al*, 2012; Grant *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013).

3.3.5. Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central

De 6 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2015 foi a duração da realização do estágio no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central, local onde exerço funções como enfermeira generalista acerca de cinco anos.

O objetivo específico para este local de ensino clínico foi elaborar um plano formativo direcionado aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral sobre a promoção do autocuidado na preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica. As atividades a desenvolver neste local de estágio estão descritas no quadro seguinte (*Quadro 8*).

Quadro 8: Objetivo específico delineado para o Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central

Elaborar um plano formativo direcionado aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral sobre a promoção do autocuidado na preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica	
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de sessões de formação a pares, dando a conhecer a evidência científica mais atual relativamente à temática da promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal e o projeto que se pretende implementar no serviço; • Avaliação da formação através de um inquérito, de forma a perceber a pertinência da temática e a adequação de conteúdos; • Elaboração de instrumentos facilitadores de adesão ao processo de planeamento da alta – fluxogramas, <i>checklist's</i> e folhetos.
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Despertar o interesse pela temática; • Envolver os pares na implementação do projeto;
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de sessões de formação aos pares relativamente à temática da promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença

	<p>oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do inquérito relativo à avaliação da sessão de formação, por parte dos pares; • Resultados do inquérito relativo à avaliação da sessão de formação, por parte dos pares; • Preenchimento e entrega dos instrumentos criados para facilitar a eficácia de uma boa preparação para a alta (fluxogramas, <i>checklist's</i> e folhetos)
--	---

Uma vez que o Serviço de Cirurgia Geral deste Hospital irá ser o local onde será implementado o Projeto “*Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica*”, poderá fazer sentido realizar seis semanas de ensino clínico neste serviço. Como foi referido anteriormente no sub-capítulo 3.1. deste trabalho, surgiram necessidades de formação por parte dos enfermeiros que exercem funções neste serviço e preocupações sentidas pelas pessoas doentes e cuidadores, representando este ensino clínico um grande desafio para colmatar estas duas questões.

Segundo os dados fornecidos por este Hospital Central, durante o ano de 2013 passaram pelo Serviço de Cirurgia Geral 17 pessoas submetidas a cirurgia por neoplasia maligna do esófago e 102 pessoas submetidas a cirurgia por neoplasia maligna do estômago. No primeiro semestre de 2014 houve 7 pessoas submetidas a cirurgia por neoplasia maligna do esófago e 31 pessoas submetidas a cirurgia por neoplasia maligna do estômago. Desde 1 de Setembro a 31 Dezembro de 2014 realizei, de forma autónoma, a contabilização dos doentes internados no Serviço de Cirurgia Geral submetidos a cirurgia por neoplasias malignas esofágicas e gástricas, tendo um total de 6 pessoas submetidas a cirurgia esofágica e 19 pessoas a cirurgia gástrica. No período concreto em que decorreu este ensino clínico não existiram cirurgias ao esófago e foram submetidas a cirurgias gástricas 7 pessoas.

Para que a promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica fosse posta em prática neste local de ensino clínico, tive incentivo e apoio por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, bem como da equipa médica, dietista e

assistente social. O facto de todos estes profissionais desenvolverem um trabalho em equipa foi facilitador durante o desenvolvimento deste estágio.

Implementação das atividades

Para que fosse possível realizar sessões de formação aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Central acerca da temática em causa, desenvolvi um trabalho de pesquisa acerca do que seria pertinente abordar nessas sessões, tendo em conta as necessidades demonstradas pela equipa de enfermagem. Assim, comecei por desenvolver diversos instrumentos facilitadores para a implementação deste projeto, como sendo a criação de fluxogramas, *checklist's* e folhetos.

Os fluxogramas foram criados no sentido de perceber os diversos trajetos que as pessoas com doença oncológica da patologia esofago-gástrica vivenciam ao longo do seu percurso de doença neste Hospital Central. Foram criados três fluxogramas distintos, um acerca das intervenções terapêuticas existentes no Hospital para oferecer às pessoas com este tipo de patologias; outro referente ao protocolo de intervenção das pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica; e por fim um fluxograma referente ao planeamento da alta destas pessoas. Estes fluxogramas encontram-se nos *Apêndices IX, X e XI*, respetivamente.

Posteriormente, e pensando essencialmente na promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica, surgiu a ideia da criação de *ckecklist's*, como instrumento orientador e facilitador no processo de educação para a saúde à pessoa e cuidador, como defendido por Taylor, Cummings & McGilly (2012). Assim, foram elaboradas duas *ckecklists*, uma direccionada para as pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofágica (*Apêndice XII*) e outra para as pessoas submetidas a cirurgia gástrica (*Apêndice XIII*). Estas *checklist's* contêm informação referente ao cuidador principal, assim como com quem a pessoa reside, o seu destino após a alta e o Centro de Saúde a que pertence. Possui também um breve resumo do internamento atual, como a data de internamento no Serviço de Cirurgia Geral, o diagnóstico médico e a cirurgia a que foi submetida e

respetiva data. Existe ainda uma abordagem relativa à avaliação do peso corporal, à progressão da dieta no pós-operatório e ao registo de intercorrências relevantes durante o internamento. Nestas *ckecklist's* foi também elaborado um resumo dos principais cuidados que as pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica devem possuir, para que os enfermeiros realizem a educação para a saúde à pessoa doente e cuidador de forma estruturada. Para finalizar, a última categoria destas *checklist's* está relacionada com a continuidade dos cuidados após a alta do Serviço de Cirurgia Geral e com a articulação destes com outros profissionais ou serviço de saúde.

Uma vez criadas as *checklist's* para auxílio da equipa de enfermagem na preparação para a alta às pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica, surgiu também a necessidade de criar instrumentos facilitadores para a promoção do autocuidado no regresso a casa para a pessoa e cuidador – os folhetos informativos. Foram elaborados dois folhetos, um direccionado para os cuidados após cirurgia esofágica (*Apêndice XIV*) e outro relativo aos cuidados após cirurgia gástrica (*Apêndice XV*). Ambos contêm informações relativas aos cuidados que as pessoas submetidas a este tipo de cirurgias devem possuir ainda durante o internamento e, em continuidade, no domicílio. Possuem também uma breve abordagem a sinais e sintomas de alerta que podem ocorrer após o regresso a casa e onde devem dirigir-se, se necessário. Para que não haja esquecimentos no dia da alta, nestes folhetos estão enumerados os documentos que a pessoa deve levar consigo quando tem alta do Serviço de Cirurgia Geral, assim como os contactos do serviço e a sua localização para eventual esclarecimento de dúvidas. A capacitação para o autocuidado é referida múltiplas vezes como a finalidade central da preparação para alta (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant *et al*, 2012; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013), que engloba de igual modo a identificação precoce de sinais de alerta e procura dos serviços de saúde (Taylor, Cummings & McGilly, 2012).

Finda a elaboração dos instrumentos facilitadores para a implementação deste projeto, e no sentido de visualizar o descrito na literatura acerca dos diversos procedimentos cirúrgicos a adotar nas pessoas com doença oncológica do foro esofago-gástrico, senti a necessidade de um período de observação no bloco operatório. Para tal, foi pedida autorização à Enfermeira Chefe do Bloco

Operatório, assim como aos Cirurgiões, para visualizar algumas cirurgias no âmbito do projeto a desenvolver no Serviço de Cirurgia Geral. Uma vez que durante o período de ensino clínico não existiram cirurgias esofágicas, tive oportunidade de visualizar três cirurgias a pessoas a que foram diagnosticadas neoplasias malignas do estômago, todas com abordagens diferentes. A primeira cirurgia que visualizei, a pessoa possuía já invasão da neoplasia para diversos órgãos, tendo sido realizada uma cirurgia com intuito paliativo, no sentido de melhorar ao máximo a qualidade de vida. A segunda cirurgia visualizada foi uma laparotomia exploradora, uma vez que a pessoa em causa já possuía carcinomatose peritoneal e não era possível qualquer tipo de tratamento cirúrgico. Na última cirurgia que tive oportunidade de observar, foi possível visualizar uma gastrectomia total com esofagojejunoestomia em “Y de Roux” e linfadenectomia D2.

No âmbito deste ensino clínico foram também realizadas quatro sessões de formação aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral, indo de encontro do que defendem Grant et al (2012), de forma a apresentar o projeto que pretendo desenvolver e despertar o interesse pela temática em estudo a todos os elementos da equipa de enfermagem. O plano da sessão de formação e a respetiva apresentação encontram-se nos *Apêndice VI e VII*. Posteriormente à apresentação das sessões de formação, foram entregues aos enfermeiros questionários referentes à avaliação da mesma (*Apêndice VIII*), os quais continham algumas questões abertas, que foram submetidas a análise e cujos resultados se encontram disponíveis no *Apêndice XIX*. Num estudo de Scott (2011), este defende a realização de questionários a enfermeiros e posterior avaliação dos mesmos, o que entra em consenso pelo defendido pela OE (2010, p.10), em que o enfermeiro “avalia o impacto da formação”.

As sessões de formação efetuadas foram classificadas entre o nível *Bom* e *Excelente* relativamente ao seu conteúdo, duração, metodologia utilizada, interesse/pertinência da temática e a sua aplicabilidade na prática. No que concerne às mais valias que este projeto poderá ter no futuro, os enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral estão todos de acordo, apontando como justificações o facto de existir um acompanhamento de forma individualizada da pessoa, passando a ser esta um elemento ativo na preparação para a alta através do aumento da informação fornecida, o que faz com que os doentes se demonstrem mais colaborantes, reduzindo assim os níveis de ansiedade dos mesmos e dos

cuidadores/familiares, prestando cuidados de enfermagem de maior qualidade. Dos temas abordados ao longo da sessão de formação, os que despertaram mais interesse foram a criação da consulta de enfermagem pré e pós-operatória no Serviço de Consultas Externas, as diferentes abordagens cirúrgicas utilizadas nas cirurgias esofago-gástricas e os instrumentos criados para facilitar a preparação para a alta (*checklist's* e folhetos). Para que o projeto seja implementado no Serviço de Cirurgia Geral, houve a sugestão por parte de um elemento da equipa de enfermagem de serem efetuadas formações contínuas acerca do projeto, de forma a que haja uma maior adesão pela equipa de enfermagem.

De forma a sintetizar o que foi abordado nas sessões de formação, foi criado um dossier acerca dos cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, que possui documentos como a sessão de formação realizada, instrumentos auxiliares criados durante este ensino clínico (fluxogramas, *checklist's* e folhetos) e identificação dos doentes submetidos a cirurgia esofago-gástrica.

Deste modo, a formação contínua dos enfermeiros e a auditoria das práticas, com divulgação dos resultados, também são referidos por Grant *et al* (2012) e Taylor, Cummings & McGilly (2012) como factores preponderantes para uma preparação para a alta bem sucedida, uma vez que existe repercussão na forma como os sobreviventes de cancro são ajudados a melhorar a sua capacidade funcional e a otimizar os recursos intrínsecos e extrínsecos.

Reflexão

Uma vez que a temática do presente relatório surgiu devido a “lacunas” identificadas pela equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, local onde exerço funções, estas foram colmatadas neste ensino clínico através da realização de sessões de formação em serviço, agindo de acordo com a OE (2010, p. 10) como “formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formais formativos”, favorecendo “a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2010, p.10). O enfermeiro age, assim, como “dinamizador e

gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2010, p.10), atuando no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEEPSCP. Grant *et al* (2012) e Mayer *et al* (2012) defendem a existência de um plano de formação contínuo, de forma a incluir *guidelines* de boa prática na preparação para a alta, obtendo ganhos em saúde.

De forma a estabelecer os conteúdos programáticos a abordar nas sessões de formação, a identificação das necessidades demonstradas pelos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral e as preocupações sentidas pelas pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esófago-gástrica e seus cuidadores foram preponderantes. O facto dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia terem referido como necessidades a falta de estratégias na preparação para a alta destas pessoas, assim como a incapacidade de envolvimento do cuidador relativamente à manutenção das necessidades de informação, suporte emocional e dúvidas após a alta, fez emergir a criação de instrumentos facilitadores da preparação para a alta destas pessoas (fluxogramas, *checklist's* e folhetos). Marbach & Griffie (2011) referem a importância do fornecimento de folhetos informativos dirigidos às necessidades detetadas nas pessoas com doença oncológica, assim como Mayer *et al* (2012) e Taylor, Cummings & McGilly (2012) defendem a criação de *checklist's* como instrumento facilitador na preparação para a alta.

O facto de ter realizado anteriormente ensinamentos clínicos noutros serviços possibilitou-me assistir e participar na prestação de cuidados a pessoas com doença oncológica nos contextos de pré e pós internamento no Serviço de Cirurgia, o que foi enriquecedor na aquisição de conhecimentos para poder envolver as pessoas com doença oncológica internadas no Serviço de Cirurgia, de forma a providenciar a apropriação dos procedimentos peri-operatórios, julgando dar contributos para um aumento do autocuidado e, conseqüentemente, uma recuperação com mais sucesso, indo de encontro ao defendido pela OE (2014, p.10), que refere que o enfermeiro deve privilegiar “o ensino, a instrução e o treino sistemáticos do doente, cuidadores e familiares, sobre a adaptação individual requerida, maximizando a sua autonomia, promovendo o seu *empowerment*”, também enfatizado por Marbach & Griffie (2011). A relação entre a equipa de enfermagem e a pessoa alvo de cuidados é

fundamental para o desempenho do autocuidado, utilizando para tal o apoio, orientação e promoção de um ambiente facilitador de desenvolvimento de aprendizagens (Silva, 2007; Petronilho, 2012).

“O estabelecimento de parcerias com o doente e sua família no planeamento dos cuidados, onde informa, explica e os envolve no processo de tomada de decisões e no processo de cuidados” (OE, 2014, p. 7), veio enaltecer os cuidadores com um elo essencial na promoção do autocuidado na preparação para a alta e incluí-los no planeamento dos cuidados (Marbach & Griffie, 2011), daí estarem contemplados na educação para a saúde presente nas *checklist's* (Apêndices XII e XIII).

Uma vez que o estado nutricional das pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica é também uma preocupação constante, e para completar a informação prestada pela equipa de enfermagem acerca dos cuidados com a alimentação, efetuei articulação com a Dietista do Serviço de Cirurgia Geral, sendo fornecido à pessoa no dia da alta um documento com uma dieta personalizada para realizar no domicílio (Anexo XIII). Segundo Marbach & Griffie (2011) e Taylor, Cummings & McGilly (2012), o aconselhamento nutricional dirigido à pessoa com alimentação por via oral, sonda nasogástrica ou PEG é uma dimensão essencial a ter em atenção para a promoção do autocuidado na preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esófago-gástrica.

Durante a realização deste ensino clínico surgiu também a oportunidade de referenciar pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica à equipa de enfermagem das Consultas Externas e à Unidade de Cuidados Paliativos deste Hospital Central, realizando a articulação de cuidados de enfermagem através da elaboração da carta de alta/transferência de enfermagem, tal como é referido na literatura por Hill-Kayser *et al* (2009) e Grant *et al* (2012). Assim, criou-se a “adoção de uma filosofia de objetivos centrada na promoção da [sua] autonomia, maximizando a [sua] qualidade de vida, diminuindo o [seu] sofrimento, em consonância e respeito pela perspetiva do próprio e dos direitos que o assistem” (OE, 2014, p.8), utilizando “estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de stress relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, ao doente, cuidadores e seus familiares e na equipa de saúde” (OE, 2014, p.9)

O facto de este ensino clínico ser realizado no serviço onde exerço funções, foi uma mais valia, pois conhecia o espaço envolvente e estava integrada na equipa multidisciplinar, permitindo uma “atuação como enfermeiro de referência, na gestão de casos, assessor e/ou consultor na articulação com outras equipas de cuidados de saúde” e a “elaboração e revisão de protocolos de atuação e guias de boas práticas (...)” (OE, 2014, p.11).

À semelhança dos achados encontrados na revisão sistemática da literatura efetuada, que recomenda a satisfação das necessidades da pessoa com doença oncológica/cuidadores e a utilização de estratégias e ferramentas no planeamento dos cuidados de enfermagem, foi realizada uma transposição dos mesmos para a prática durante a realização deste ensino clínico. A equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral valorizou estas duas dimensões supracitadas, o que justificou a pertinência da implementação deste projeto.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este projeto foi sustentado pela evidência científica, com a elaboração de uma revisão sistemática da literatura, que possibilitou identificar duas dimensões essenciais na promoção do autocuidado nas pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esófago-gástrica, nomeadamente a satisfação das necessidades da pessoa e cuidador e a utilização de estratégias e ferramentas como instrumentos facilitadores no planeamento dos cuidados na preparação para a alta. No futuro, com a implementação efetiva deste projeto pretendo contribuir para a promoção do autocuidado nas pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, de forma a qua haja uma melhoria efetiva da sua qualidade de vida após a alta do Serviço de Cirurgia Geral, tal como é preconizado por Orem (2001). O enfermeiro utiliza, assim, “estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do auto-conhecimento e das capacidades das pessoas com doença crónica incapacitante, seus cuidadores e familiares” (OE, 2011, p.3)

No decorrer do ensino clínico realizado no Serviço de Consultas Externas, foi enviado para a Direção de Enfermagem deste Hospital Central o projeto de criação da *Consulta de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica Esofago-Gástrica*, aguardando-se um *feedback* relativamente à possibilidade da sua implementação. Durante a realização do último ensino clínico, no Serviço de Cirurgia Geral deste mesmo hospital, começou a desenvolver-se um pré-teste de implementação das *checklist's* de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, com adesão por parte da equipa de enfermagem. A realização das sessões de formação em serviço contribuíram para sensibilizar os pares para realizarem referências destas pessoas do Serviço de Cirurgia Geral para outros serviços do Hospital Central ou da comunidade, havendo uma maior preocupação na elaboração da carta de alta/transfêrencia de enfermagem e no estabelecimento de contacto prévio com a equipa de enfermagem do local onde irão ser continuados os cuidados de enfermagem. Aguarda-se agendamento de reunião com a Enfermeira Diretora para apresentação do projeto em causa e implementação dos instrumentos facilitadores da preparação para a alta das pessoas submetidas a cirurgia

esófago-gástrica (fluxogramas, *checklist's* e folhetos) no Serviço de Consultas Externas e Serviço de Cirurgia Geral.

Com a informatização dos registos de enfermagem cada vez mais próxima no Serviço de Cirurgia Geral onde exerço funções, seria uma mais valia criar um grupo de trabalho com elementos da equipa de enfermagem, no sentido de contribuir para a criação de plano de cuidados na preparação para a alta das pessoas submetidas a cirurgia esófago-gástrica.

A realização das sessões de formação em serviço foi uma forma de garantir a atualização de conhecimentos na área da preparação para a alta específica nas pessoas submetidas a cirurgia esófago-gástrica, existindo a presença da totalidade dos enfermeiros, tanto do Serviço de Consultas Externas como do Serviço de Cirurgia Geral. Este aspeto é uma mais valia na melhoria da qualidade dos cuidados, pensando que assim também contribuí para a promoção do autocuidado e da melhoria do estado nutricional e da capacidade funcional destas pessoas. Desta forma pretendi reduzir a sobrecarga do cuidador e diminuir consequentemente as taxas de readmissão hospitalar, promovendo o aumento da satisfação com os cuidados de enfermagem. Cabe ao enfermeiro a “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crónica e paliativa, promotoras da qualidade” (OE, 2014, p.11)

5. QUESTÕES ÉTICAS

O desenvolvimento do projeto *Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofagogástrica* surgiu no âmbito da frequência do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica, visando “manter a actualização contínua dos [seus] conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, tal como é preconizado pelo artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº. 111/2009, p. 6548).

Segundo o CDE (Lei nº. 111/2009, p. 6548), este possui o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e de “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido” (Lei nº. 111/2009, p. 6547), sendo desta forma que surgiu a temática deste projeto, com base no levantamento de necessidades de formação dos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Central e nas preocupações sentidas pelas pessoas doentes internadas neste serviço e seus cuidadores.

Durante a realização dos ensinamentos clínicos inerentes a este projeto e no contacto com profissionais de saúde e pessoas cuidadas, identifiquei-me sempre como sendo enfermeira generalista, a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica. Questionei sempre se consentiam a minha presença e a prestação de cuidados de enfermagem, de forma a “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” e a “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Lei nº. 111/2009, p. 6548).

Na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com doença oncológica, no decorrer dos ensinamentos clínicos tive também em consideração o respeito pela intimidade, assumindo o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”, de acordo com o artigo 86º do CDE (Lei nº. 111/2009, p. 6548).

O sigilo profissional esteve sempre salvaguardado durante a frequência dos ensinamentos clínicos, considerando confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, partilhando a informação pertinente somente com as pessoas envolvidas no plano de cuidados, de acordo com o defendido no artigo 85º do CDE (Lei nº. 111/2009, p. 6548), relativo ao dever de sigilo. Ainda relacionado com o segredo profissional, durante a realização de trabalhos académicos no decorrer dos ensinamentos clínicos, mantive sempre o anonimato das pessoas em causa, de acordo com a alínea d) do artigo 85º do CDE (Lei nº. 111/2009, p. 6548), não identificando os doentes, cuidadores e os profissionais de saúde envolvidos.

Durante a realização dos ensinamentos clínicos, atendi ao princípio da equidade relativamente à informação transmitida na preparação para a alta hospitalar, fornecendo-a unicamente às pessoas doentes que me estavam atribuídas para prestar cuidados, indo ao encontro ao referido na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Ministério da Saúde, 2011).

No momento da alta, o enfermeiro possui o dever de “informar sobre os recursos a que uma pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter”, assegurando “a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Lei nº. 111/2009, p. 6548), através da elaboração da carta de alta de enfermagem e do contacto telefónico ou via electrónica com os enfermeiros onde irão ser continuados os cuidados à pessoa em causa.

De uma forma geral, em todos os locais de ensino clínico frequentados, foram cumpridos os deveres do enfermeiro, de acordo com o CDE, sendo as intervenções e enfermagem “realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº. 111/2009, p. 6547) e respeitando os valores universais da profissão de enfermagem e os princípios orientadores da mesma.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O elevado custo dos internamentos para as instituições de saúde e o crescente avanço tecnológico tem diminuído o período de hospitalização das pessoas internadas, levando a uma alta precoce. Os enfermeiros têm aqui um papel preponderante para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e evitar reinternamentos, através de um planeamento da alta atempado, ganhando consequentemente relevo a imagem e a representação que a população tem acerca do valor dos cuidados de enfermagem (Direção Geral de Saúde, 2004; Pompeo et al, 2007; Silva, 2007).

As pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica têm repercussões a nível do seu autocuidado, provocado por uma diminuição da autonomia no desenvolvimento das atividades de vida diárias no período pós-operatório. Os enfermeiros são, portanto, quem irá promover o autocuidado, definindo estratégias para um plano individualizado de preparação para a alta (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant *et al*, 2012; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013).

A identificação do cuidador e a rede de suporte da pessoa dependente no autocuidado é crucial para, posteriormente, os enfermeiros poderem perceber quais as necessidades sentidas por estes e poderem intervir (Morgan, 2009; Belansky & Mahon, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Jackson, Scheid & Rolnick, 2013; Sprague et al, 2013).

A promoção da autonomia e da qualidade de vida são apontadas também como intervenções de enfermagem importantes, contemplando estas a educação para a saúde como estratégia eficaz de proporcionar informação pronta e adequada ao doente e cuidador. A informação verbal deve ser acompanhada de informação escrita, pois muitas vezes a pessoa e o cuidador estão ansiosos e não absorvem tudo o que lhes é transmitido pelos enfermeiros, sendo o fornecimento de um folheto com o resumo da informação uma garantia de que a pessoa irá lembrar o que lhe foi dito posteriormente (Belansky & Mahon, 2011; Cohen & Nirenberg, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant et al, 2012; Mayer et al, 2012; Sprague et al, 2013; Bernard & Foss, 2014; Fong, 2014).

A continuidade de cuidados é uma finalidade a atingir num planeamento de alta eficaz, fazendo com que a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica e seu cuidador não se sintam abandonados quando saem do serviço de internamento. As Consultas externas, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos são alguns dos exemplos onde a continuidade dos cuidados poderá ser efetuada após a alta (Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Bernard & Foss, 2014; Fong, 2014).

Através da elaboração deste relatório e após ter percorrido os cinco locais de ensino clínico a que me propus, consegui identificar as necessidades das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica, de forma a promover o seu autocuidado na preparação para a alta. A realização de uma revisão sistemática da literatura, que se encontra disponível para consulta no *Apêndice XX*, possibilitou a interligação dos resultados encontrados na literatura com as competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEEPSCP.

No que toca à implementação do projeto *Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica* no local onde exerço funções, atualmente como enfermeira generalista, este está dependente da análise por parte da Direcção de Enfermagem do Hospital. No entanto, uma vez que o pré-teste de implementação das cheklists de preparação para a alta das pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica está a ter uma boa aceitação e aderência por parte da equipa de enfermagem e das pessoas doentes, prevê-se a continuidade do projeto e a sua implementação a médio prazo.

Relativamente a algumas limitações sentidas ao longo deste percurso, estas prendem-se com o facto de haver escassez de bibliografia direccionada especificamente para os cuidados às pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica, sendo que muitos destes cuidados são generalizados a doentes submetidos a cirurgia na área da promoção do autocuidado na preparação para a alta. Outra das dificuldades sentidas ao longo da realização dos ensinamentos clínicos foi o facto de, para ter uma diversidade de campos de estágios, estes terem de ser realizados em cursos períodos de tempo, o que impossibilitou o acompanhamento prolongado de um maior número de pessoas com doença oncológica esofago-gástrica.

Após terminar a etapa de implementação do projeto, verifico que nem todos os enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral onde exerço funções atribuíram igual importância à continuidade dos cuidados e ao preenchimento das *checklist's* (em pré-teste), constatando alguma falha de informação nestas. Tal facto dificulta a aferição destes modelos quanto ao conteúdo e forma no contexto, o que poderá também estar relacionado com a não formalização do projeto no serviço por todas as hierarquias de enfermagem e, logo, não ser considerado por todos os enfermeiros como importante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Administração Central do Sistema de Saúde (2006). *Contrato-Programa de 2006*. Lisboa: Ministério da Saúde.
2. Administração Central do Sistema de Saúde (2012). *Contrato-Programa de 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde.
3. Aguillar, O.; Angerami, E. (1992). A alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 26(3), 325-344.
4. Alfonso, M.; Mañas, C.; Madrid, J.; Rodríguez, N.; Rodríguez, I.; Bukaldón, M.; Rives, J. (1999) - Informe de enfermería al alta. Una experiencia en la práctica asistencial. *Revista ROL de Enfermería*, 22(2), 143-148.
5. Alves, M. (2010). *Sufrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal*. Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado. Lisboa.
6. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (2015). *Entender a Dor Oncológica: informação de apoio para doentes*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa.
7. Barros, S.; Lobo, S.; Trindade, I.; Teixeira, J. (2007). Alexitimia, Saúde e Doença. *Análise Psicológica*, 2(3), 305-312.
8. Belansky, H.; Mahon, S. (2012). Using Care Plans to Enhance Care Throughout the Cancer Survivorship Trajectory. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 90-92.
9. Bernard, H.; Foss, M. (2014). The impact of the enhanced recover after surgery (ERAS) programme on community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 19(4), 184-188.
10. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
11. Bidarra, A. (2012). O cuidador e o doente com dor crónica oncológica. In Barbosa, A. *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
12. Cohen, A.; Nirenberg, A. (2011). Current Practices in Advance Care Planning: Implications for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5),

547-553.

13. Cornelius, F. (2000). Cuidados Domiciliários e Cuidados Alternativos no Cancro. In Otto, S. *Enfermagem em Oncologia* (747-793). Loures: Lusociência.
14. D’Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*, 6, 7-20.
15. Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª série, N.º 151 (07-08-2013), 4749-4772.
16. Dempster, M.; McCorry, N.; Brennan, E.; Donnelly, M.; Murray, L.; Johnston, B. (2011). Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. *Psycho-Oncology*, 20, 698-705.
17. Direção Geral de Saúde (2000). Circular Normativa nº. 14/DGCG. *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Lisboa: Ministério da Saúde.
18. Direção Geral de Saúde (2004). Circular Informativa nº. 12/DSPCS. *Planeamento da alta do doente com AVC*. Lisboa: Ministério da Saúde.
19. Direção Geral de Saúde (2011). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Lisboa: Ministério da Saúde.
20. Direção Geral de Saúde (2013). *Doenças Oncológicas em Números - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
21. Erikson, M. (2007). *Seminarios de introducción a la hypnosis*. México: Alom Editores.
22. Ferreira, P.; Mendes, A.; Fernandes, I.; Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5), 121-133.
23. Figueiredo, A.; Ferreira, L.; Figueiredo, P. (2001) Impacto psico-social do cancro da mama na mulher. *Enfermagem Oncológica*, 17, 22-27.
24. Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto de cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Tese de doutoramento. Porto.
25. Fong, E. (2014). *Hospital Discharge: Criteria Led Discharge*. The Joanna Briggs Institute.
26. Foster, C.; Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In George, J. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (83-101). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

27. Friedlander, M.; Lage, O. (2002) Preparo para alta pós-cirúrgica: resultados de ação andragógica observados durante a visita domiciliária. *Enfermagem*, 33(2), 23-28.
28. Garção, F. (2013). *Planeamento da Alta: Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar*. Universidade Nova de Lisboa. Tese de Mestrado. Lisboa.
29. Grant, M.; Economou, D.; Ferrell, B.; Uman, G. (2012) Educating health care professionals to provide institutional changes in câncer survivorship care. *Journal of Cancer Education*, 27, 226-232.
30. Grimmer, K. ; Hedges, G. & Moss, J. (1999) Staff perceptions of discharge planning: A challenge for quality improvement. *Australian Health Review*, 22(3), 95-109.
31. Grimmer, K.; Moss, J. (2011) The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(2), 109-116.
32. Grimmer, K.; Dryden, L.; Puntumetakul, R.; Young, A.; Guerin, M.; Deenadayalan, Y.; Moss, J. (2006) Incorporating patient concerns into discharge plans: evaluation of a patient-generated checklist. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(2), 1-8.
33. Hari, H.; Rosenzweig, M. (2012). Incidence of preventable postoperative readmissions following pancreaticoduodenectomy: implications for patient education. *Oncologic Nursing Forum*, 39(4), 408-412.
34. Harrison, M.; Graham, I.; Hoek, J.; Dogherty, E.; Carley, M.; Angus, V. (2013) Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation Science*, 8(49), 1-14.
35. Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team (2003). *Discharge from hospital: pathway, process and practice*. Department of Health.
36. Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
37. Hill-Kayser, C.; Vachani, C.; Hampshire, M.; Jacobs, L.; Metz, J. (2009). An internet tool for creation of cancer survivorship care plans for survivors and health care providers: design, implementation, use and user satisfaction. *Journal of Medical Internet Research*, 11(3), e39.

38. Jackson, J.; Scheid, K.; Rolnick, S. (2013). Development of the Cancer Survivorship Care Plan: What's Next? Life After Cancer Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 280-284.
39. Khatri, S.; Whiteley, I.; Gullick, J.; Wildbore, C. (2012). Marking time: The temporal experience of gastrointestinal cancer. *Contemporary Nursing*, 41(2), 146-159.
40. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-08-2009) 6528-6550.
41. Marbach, T.; Griffie, J. (2011). Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans, Education, and Support Services. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 335-342.
42. Mayer, D.; Gerstel, A.; Leak, A.; Smith, S. (2012). Patient and Provider Preferences of Survivorship Care Plans. *Journal of Oncology Practice*, 8(4), 80-86.
43. Mizuno, M.; Kakuta, M.; Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(3), 144-152.
44. Morgan, M. (2009). Cancer Survivorship: History, Quality-of-Life Issues, and the Evolving Multidisciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 429-436.
45. Oncology Nursing Society (2013). *Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
46. Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
47. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
48. Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
49. Ordem dos Enfermeiros (2014). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
50. Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4ª ed.)*. St. Louis: Mosby.

51. Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6^a ed.). St. Louis, Mosby.
52. Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal - Perspectiva ética* (1^a ed.). Loures: Lusociência.
53. Pereira, I. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da acção de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
54. Petronilho, F. (2012). *O autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
55. Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência.
56. Pompeo, D.; Pinto, M.; Cesarino, C.; Araújo, R.; Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350.
57. Portaria n.º 163/2013 de 24 de Abril (2013). Definições. Diário da República, 1^a série, N.º 80 (24-04-2013) 2495-2606.
58. Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
59. Registo Oncológico Regional do Centro (2014). *Registo Oncológico Nacional 2008*. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE.
60. Santos, E. (2003). Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. *Referência*, 10, 17-23.
61. Santos, E.; Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
62. Schlairet, M.; Heddon, M.; Griffis, M. (2010) Piloting a needs assessment to guide development of a survivorship program for a community cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 501-508.
63. Scott, N. (2011). Improving care planning in oncology nursing practice. *Nursing Standard*, 25(42), 33-39.
64. Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
65. Sidani, S. (2011). Self-Care. In Doran, D. *Nursing Outcomes: the state of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

66. Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
67. Silva, J. (2007). A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 56(3), 67-77.
68. Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189.
69. Sprague, B.; Pace, C.; Dulko, D.; Pollack, L.; Hawkins, N.; Geller, B. (2013). Patient Satisfaction With Breast and Colorectal Cancer Survivorship Care Plans. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 266-272.
70. Taylor, C.; Odey, K. (2011). Survivorship care planning care for colorectal cancer patients. *Gastrointestinal Nursing*, 9(2), 24-29.
71. Taylor, C.; Cummings, R.; McGilly, C. (2012). Holistic needs assessment following colorectal cancer treatment. *Gastrointestinal Nursing*, 10(9), 42-49.
72. Tomey, A.; Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5a ed.). Loures: Lusociência.
73. Watts, R.; Pierson, J.; Gardner, H. (2006). Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 269-279.
74. World Health Organization (2008). *World Cancer Report*. Geneva: World Health Organization.
75. Worster, B.; Holmes, S. (2009). A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5), 315-322.

ANEXOS

Anexo I

Impresso de Colheita de Dados de Enfermagem

HISTÓRIA DO DOENTE - REGISTOS DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(vinheta grande)

Data ____/____/____

NOME HABITUAL _____

OBS. _____

2. PESSOAS SIGNIFICATIVAS

Identificação da pessoa significativa: Afinidade: _____ Tel.: _____

Nome: _____

Morada: _____, C.P.: _____

Identificação da pessoa significativa: Afinidade: _____ Tel.: _____

Nome: _____

Morada: _____, C.P.: _____

3. ENQUADRAMENTO FAMILIAR E SÓCIO-ECONÓMICO

3.1 Agregado Familiar:

Com quem vive _____

Dependentes/Idades _____

Repercussões sócio-económicas da doença _____

Observações _____

3.2 Condições Habitacionais (tipo de habitação, saneamento básico, etc.) _____

3.3 Apoios Familiares (pessoa mais disponível para o apoiar/profissão-ocupação) _____

3.4 Apoios Comunitários (subsistema de saúde, centro de saúde, hospital, apoios autárquicos/comunitários) _____

4. ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS/PESSOAIS (Doenças de infância, doenças ao longo da vida, tratamentos cirúrgicos/médicos com ou sem internamento hospitalar, acidentes e outros acontecimentos que possam ter gerado situação de crise)

5. ALTERAÇÕES DE LONGA DURAÇÃO OU DE CARÁTER PERMANENTE (especificar o uso e tipo de próteses)

- ☐ - Visão _____
- ☐ - Audição _____
- ☐ - Comunicação _____
- ☐ - Mobilidade _____
- ☐ - Eliminação _____
- ☐ - Alimentação _____
- ☐ - Sexualidade _____
- ☐ - Outras _____

6. HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

MEMORANDO

Primeiros sintomas
 Há quanto tempo
 Onde se dirigiu
 Quem o(a) observou
 Exames realizados
 Conclusões
 Diag. oncológicos
 Patologias associadas
 Quem o enviou ao IPOLFG
 Queixas atuais

História de Dor:


- forma de aparecimento/instalação
- localização/irradiação
- tipo (moimha, picada, espasmo, guinada, latejo, outros)
- duração
- intensidade (escala de avaliação)

AVALIAÇÃO DA DOR / ESCALAS

- ☐ NIPS (0-7)
☐ FLACC (0-10)
☐ OPS (0-10)

} Uso exclusivo na Pediatria

☐ Faces (0-5)



☐ Numérica (0-10)

S	Lig.	Mod	Int.	Max.						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

☐ Analógica (0-10)

☐ Observador (escolher categoria)

Paciente sem dor	Paciente confortável sem movimento	Paciente desconfortável	Paciente agitado/comovido	Paciente muito incomodado
------------------	------------------------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------

- factores de alívio/exacerbação
 - terapêutica anti-álgica/resultados
- Estado geral actual
Terapêutica actual
Alterações dos hábitos de vida após a doença

* Performance Status:

- 0 - activo s/restrições
1 - ind. ambulatorio
2 - ind. acamado -50%
3 - dep. acamado +50%
4 - dep. sempre acamado

Parâmetros Antropométricos

Peso _____ Kg

Altura _____ cm

Superfície Corporal _____ m²

7. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES/HÁBITOS DE VIDA (aspectos particulares relacionados com os háb. de vida):
 háb. (quando, como, onde, periodicidade); factores que influenciam os hábitos de vida (físicos, psíquicos, socioculturais, ambientais e politicoeconómicos);
 nível de conhecimentos relativos aos hábitos de vida; problema(s) actuais, passados e/ou previsíveis que o doente refere relativamente ao hábitos de vida;

7.1 Respirar

- Padrão, características
- Alterações dos sistemas respiratório, vascular, nervoso, muscular, esquelético e outros
- Emoções
- Hábitos tabágicos
- Indicações terapêuticas/outras medidas

7.2 Beber e comer

- Padrão: frequência, distribuição, qualidade preferências
- Alterações: mastigação/deglutição, anorexia, ...
- Motivações: culturais, religiosas, socioeconómicas
- Apoios da comunidade
- Indicações terapêuticas

7.3 Eliminar

- Cutânea, renal, intestinal
- Padrão: características, frequência
- Alterações: adaptação e aceitação
- Alterações previsíveis, conhecimentos e apoio
- Influências: ex. exercício
- Indicações terapêuticas

7.4 Movimentar-se e manter postura correcta

- Actividades de trabalho/lazer
- Emoções/motivações
- Integridade esquelética
- Tônus muscular (mantido, espasticidade, flacidez)
- Autonomia/apoios (deambulação/cama)
- Indicações terapêuticas

7.5 Dormir e repousar

- Padrão (distribuição, duração, influências: físicas, emocionais, sociais, ...)
- Ambiente
- Medidas de relaxamento/terapêutica

7.6 Vestir-se e despir-se

- Limitações físicas
- Interesse/desinteresse
- Autonomia/ajuda/apoios

7.7 Manter a temperatura corporal

- Labilidade térmica
- Influências: menopausa, ansiedade, patologias, terapêutica, dificuldades económicas
- Vestuário/exercício

7.8 Estar limpo/cuidado e proteger os tegumentos

- Aspecto geral (cuidado, descuido, interesse, desinteresse)
- Hábitos higiene oral/corporal (periodicidade, horários, produtos preferidos, temperatura, maquilhagem)
- Integridade pele/mucosas
- Autonomia higiene (total, parcial, nenhuma)
- Limitações (dor, fadiga, incontinência)
- Patologias/terapêutica

7.9 Evitar perigos para o próprio e para outrem

- Integridade sensorial (acuidade vis./auditiva)
- Alergias (alimentares/medicamentosas/outras)
- Alteração da auto-imagem
- Imunossuppressores/citostáticos
- Doenças infecciosas/outras
- Consumo directo (tabaco, álcool, café, drogas e/ou outros)
- Exposição a factores ambientais/profissionais
- Conhecimento sobre a doença
- Capacidade para manter a saúde (vigilância médica periódica/práticas de saúde não convencionais)
- Capacidade de adaptação a novas situações

7.10 Comunicar / sexualidade

- Influências: emocionais, físicas, sensoriais, farmacológicas, sociais e familiares
- Estado de consciência (resposta verbal/motora)
- Orientação no tempo e espaço
- Capacidade de expressão/comunicação
- Estado interrelacional (ex. calmo, ansioso, agressivo, deprimido)
- História ginecológica (menarca, menopausa, menstruação, contracepção, ...)
- História obstétrica (Partos, abortos, ...)
- Factores que influenciam a sexualidade
- Nível de conhecimentos sobre a sexualidade
- Atitude face à sexualidade

7.11 Agir segundo as suas crenças

- Religião / Etnia
- Limitações físicas, doença, dor, medo, depressão, ansiedade, luto, convicções
- Apoios
- Recusas de intervenções terapêuticas
- Que factores influenciam sofrimento/morte (experiências anteriores, apoio familiar, ...)
- Atitude perante crise/sofrimento/morte
- Comportamento e medidas de alívio perante crise/sofrimento/morte
- Atitude das pessoas significativas perante crise/sofrimento/morte do doente

7.12 Ocupar-se

- Profissão (carga horária, reformado, alterações pela doença, ...)
- Encargos familiares, outros
- Estilo de vida (activa, sedentária, alterações pela doença, ...)
- Limitações físicas, emocionais, patológicas, sociais, familiares, profissionais
- Actividades diversas

7.13 Recreational

- Limitações físicas, patológicas, emocionais
sociais, familiares
- Actividades (qualis, periodicidade, alterações pela
doença, ...)
- Apoios (pessoas significativas, amigos)

7.14 Aprender

- Habilidades literárias
- Limitações cognitivas, sensoriais, motivacionais, emocionais, topológicas
- Atividades (leitura, TV, computador, relações inter pessoais, ...)

8. INFORMAÇÃO APREENDIDA FACE À DOENÇA / TRATAMENTO / INTERNAMENTO

MEMORANDO

O que o doente sabe
Sentimento que verbaliza
Linguagem não verbal
Fase da crise
O que espera do hospital
Necessidade de informação

- ☐ Entregue Guia de acolhimento do
☐ Outros (especificar)

Anexo II

Carta de Alta de Enfermagem

FOLHA DE TRANSFERÊNCIA ☐ / ALTA ☐ - REGISTOS DE ENFERMAGEM

DIRIGIDO A: _____

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

(vinheta grande)

Serviço: _____

Tel.: _____ Ext.: _____

Tel. Directo _____

Enf^o(a) Responsável: _____

Médico Assistente: _____

Assistente Social: _____

Dietista: _____

Psicóloga: _____

Identificação da pessoa significativa: Afinidade: _____ Tel.: _____

Nome: _____

Morada: _____, C.P.: _____

RESUMO DO INTERNAMENTO: Admitido(a) a ____ / ____ / ____

MEMORANDO

*** Evolução dos problemas apresentados:**

- respirar
- beber e comer
- eliminar
- movimentar-se e manter postura correcta
- dormir e repousar
- vestir-se e despir-se
- manter a temperatura corporal
- estar limpo/cuidado
- evitar perigos para o próprio e para outrem
- comunicar/sexualidade
- agir segundo as suas crenças
- ocupar-se
- recrear-se
- aprender

*** Dor**

- Intensidade (Esc. Avaliação)
- Tipo (moinha, picada, espasmo, guinada, latejo, outros)
- Localização / irradiação
- Duração (continua, intermitente, irruptiva, incidental)
- Factores de alívio
- Factores de exacerbação
- Terapêutica anti-álgica/ resultados

*** Medida Terapêuticas**

Quimioterapia:
- local administração
- datas início/fim

Radioterapia:
- zona irradiada
- datas início/fim

Cirurgia:
Exames Complementares

SITUAÇÃO À SAÍDA/ENSINO: _____

MEMORANDO*** Problemas actuais/ adaptações/alterações:**

- respirar
- beber e comer
- eliminar
- movimentar-se e manter postura correcta
- dormir e repousar
- vestir-se e despir-se
- manter a temperatura corporal
- estar limpo/cuidado
- evitar perigos para o próprio e para outrem
- comunicar/sexualidade
- agir segundo as suas crenças
- ocupar-se
- recrear-se
- aprender

*** Dor**

- Intensidade (Esc. Avaliação)
- Tipo (moinha, picada, espasmo, guinada, latejo, outros)
- Localização / irradiação
- Duração (contínua, intermitente, imputiva, incidental)
- Factores de alívio
- Factores de exacerbação
- Terapêutica anti-álgica/ resultados

*** Dieta***** Vigilância:**

- catéteres
- sondas
- pensos
- outros

*** Cuidados a Manter**

SINAIS VITAIS, às __h__min	P (ppm)	R(c/min)	PA (mmhg)	T(ax)°C	DOR Escala de avaliação	PVC (cmH2O)	SaO2 (%)

BH DO DIA	ENTRADOS				ELIMINADOS					
Descrição				Total	Urina					Total
Volume										
BH acumulado (desde ____ / ____ / ____) =				BH dia anterior =			BH do dia, à saída =			

TERAPÊUTICA ADMINISTRADA NO DIA (nome farmacológico, dose, via, hora, local de administração): _____

INFORMAÇÕES: _____

MEMORANDO

- Indicações Terapêut.
- Ex. Comp.
- Diagnóstico
- Marcações consultas
- Tratamentos
- Outros

OBSERVAÇÕES (ex. objectos pessoais que acompanham o doente na transferência): _____

Lisboa ____ / ____ / ____, O(A) ENFERMEIRO(A) _____

Anexo III

Projeto piloto de carta de alta informatizada

Nota de Alta de Enfermagem

Dados do Utente	
Nº de Observação	<input type="text"/> N° <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nº de Internamento	Nº de Alta: <input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="text"/>
Nacionalidade:	País de Residência: <input type="text"/>
Nº do Utente:	ACES: <input type="text"/>
Médico de Família:	<input type="text"/>
Serviço de Internamento:	<input type="text"/>
Data de Admissão:	Tipo de Internamento: <input type="text"/>

Contactos da Pessoa de Referência	
Nome	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>
Afinidade	Telefone <input type="text"/>

Outro Contacto ☐

Nota de Alta Médica	
Motivo Internamento:	
<input type="text"/>	
Data da Alta:	<input type="text"/>
Serviço de Alta:	<input type="text"/>
Destino após a Alta:	<input type="text"/>
Hospital Destino:	<input type="text"/>
Diagnóstico Principal:	<input type="text"/>
Diagnósticos Secundários:	<input type="text"/>
Descrição Internamento:	<input type="text"/>

Cirurgia Realizada:

Complicações
cirúrgicas/médicas:

☐ Sim ☒ Não

Alergias:

☐ Sim ☒ Não

Plano para a Continuidade de Cuidados:

Médico

Nº de Cédula:

Dados Clínicos de Enfermagem

Reacção do utente/família face à doença/tratamento

☐ Parâmetros no
momento da Admissão

Evolução e Plano de Alta

Necessidades humanas básicas	Apresenta Alterações	Descrição
Respirar	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Beber e comer	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Eliminar	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Movimentar-se	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Dormir e repousar	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Vestir-se e despir-se	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Manter temperatura corporal	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Agir segundo crenças	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Ocupar-se	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Recrear-se	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Aprender	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Estar limpo, cuidado e proteger tegumentos	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Evitar os perigos para o próprio e para outrem	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
• Avaliação da Dor	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
• Avaliação do Risco de Queda	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	

- Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão no Adulto ☐ Sim ☒ Não
- Capacidade Funcional para as Actividades de Vida ☐ Sim ☒ Não

Comunicar e sexualidade:

☒ Sim ☐ Não

- Escala de Coma

☐ Sim ☒ Não

Informação Importante a destacar (alertas)

☐ Parâmetros no momento da Alta

☐ Balanço Hídrico do Dia

Outras Orientações Relevantes:

Próximas marcações no IPOLFG

Data	Agenda

Última terapêutica administrada

Fármaco/Dose/Via administração/Frequência

Data e hora da última administração

Enfermeiro:

Correio Electrónico:

Nº de Ordem:

Data:

Telefone

Extensão do Serviço

Estado do Formulário

Preenchido e não validado

Anexo IV

Protocolo dietético para pessoas submetidas a cirurgia esofágica

CONSELHOS DIETÉTICOS PARA DOENTES OPERADOS AO ESÓFAGO ESOFAGECTOMIZADOS

Como agora o trajecto dos alimentos até ao estômago se encontra muito reduzido, é importante evitar que os alimentos cheguem muito rapidamente ao estômago de modo a evitar o refluxo gastroesofágico.

Assim seguem algumas recomendações:

- Deve fazer refeições pequenas e fraccionadas (várias vezes ao dia) mastigando bem os alimentos;
- Faça no mínimo 6 refeições diárias; deve tomar pequeno-almoço, um lanche a meio da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia;
- A consistência das refeições não deve ser líquida; deve preferir alimentos pastosos, moles ou sólidos;
- Faça as suas refeições sentado ou recostado;
- Após as refeições principais deve repousar durante 1 hora, ficando sentado num cadeirão confortável;
- Deve beber a água e outros líquidos muito devagar e em pequenos goles.
- Ao pequeno-almoço, meio-da-manhã, lanche e ceia pode optar por papas, seguem alguns exemplos:

Papa de Fruta com Bolacha:

- 2 peças de fruta
- 3 ou 4 bolachas
- Sumo de fruta
- 1 colher de açúcar

Papa láctea de Fruta com Bolacha:

- 1 iogurte ou leite
- 1 peça de fruta
- 4 ou 5 Bolachas
- 1 colher de açúcar

- Para reforçar as suas refeições deve tomar um suplemento nutricional proteico – Protifar Plus (Nutricia) – que deve tomar 3 vezes por dia, 2 medidas de cada vez. Pode adicionar este suplemento às papas, às sopas ou apenas beber com um pouco de água.

Data: ____/____/____

Anexo V

Protocolo dietético para pessoas submetidas a cirurgia gástrica

CONSELHOS DIETÉTICOS PARA DOENTES OPERADOS AO ESTÔMAGO

Para evitar o enfartamento:

- Deve fazer refeições pequenas e fraccionadas (várias vezes ao dia) mastigando bem os alimentos; Se necessário a consistência das refeições deve ser mole ou passada; Faça no mínimo 6 refeições diárias;
- Pare de comer sempre que se sinta cheio, mesmo que a quantidade ingerida lhe pareça muito pouco;
- No início deve evitar os alimentos que contenham lactose (leite e queijo de vaca);
- Faça as suas refeições sentado ou recostado;
- Após as refeições principais deve repousar durante 15-20 minutos, ficando sentado num cadeirão confortável;

Para evitar as dejeções diarreicas (muito comuns nestes casos):



DEVE EVITAR

- Refeições ricas em gordura e muito condimentadas
- Alimentos muito quentes ou muito frios
- Alimentos muito salgados ou muito doces
- Alimentos ricos em fibras (integrais e leguminosas)
- Carne de fibra dura e carnes gordas
- Peixes gordos ou fumados
- Alimentos em conserva ou salgados
- Moluscos
- Ovos fritos ou cozinhados com muita gordura
- Legumes crus ou legumes que provoquem fermentações (repolho, couve de bruxelas, pepino, couve flor, nabo, favas, ervilhas e todas as leguminosas secas)
- Frutos oleaginosos (noz, amêndoa, pinhão, amendoim, caju, etc.) e frutos secos
- Alimentos industrializados (geleias, chocolates, conservas em óleo de salsichas ou atum etc.)
- Bebidas gaseificadas, bebidas alcoólicas (fora das refeições)
- Café e chá muito forte
- Tabaco



ALIMENTOS ACONSELHADOS

- Leite de absorção fácil ou de soja (numa primeira fase, depois conforme for tolerando vai introduzindo o leite de vaca)
- Queijos fresco ou magro
- Carne (em especial de aves) e peixes magros
- Ovos (cozidos e só 1 por semana)
- Arroz, massa e batata (bem cozidos)
- Pão branco, bolachas tipo Maria ou bolo tipo Pão de Ló (deve evitar o pão integral e pão escuro)
- Legumes bem cozidos (cenoura, feijão verde, espinafres, nabiça, etc.)
- Sopa de legumes (de preferência passados)
- Fruta cozida ou assada ou crua bem madura sem casca
- Azeite e outras gorduras vegetais em pequenas quantidades
- Açúcar em pequenas quantidades
- Bebidas: água pura ou mineral não gasosa, infusões (chás fracos) ou sumos de fruta natural (evitando numa primeira fase os citrinos)
- Condimentos: ervas aromáticas, molho de tomate sem gordura, molho inglês

Notas importantes:

- Se após uma refeição (aproximadamente meia hora depois) sentir desconforto como por exemplo: vertigens, suores, palidez, palpitações, diarreia, náuseas, enfartamento), deve manter-se calmo e beber um pouco de água; Estes sintomas, normalmente passam dentro de 15 – 20 minutos e poderá dever-se a:
 - Ingestão de alimentos superior àquela que está preparado para ingerir.
 - Ingestão de alimentos muito doces.
 - Ingestão de líquidos com a refeição.

Data: ____/____/____

Anexo VI

Impresso de referênciação de pessoas para Cuidados Paliativos

REFERENCIAÇÃO À EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

DADOS DO DOENTE

Nome: Idade: NSC:
Morada: Código postal:
Telefone:

MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

Dor ☐ Descontrolo de outros sintomas ☐ Agonia ☐
Apoio psicológico ☐ Apoio espiritual ☐ Apoio social ☐
Internamentos frequentes ☐ Dificuldades na comunicação ☐
Apoio na tomada de decisões ☐ Seguimento em Consulta Externa ☐
Apoio no luto ☐

Urgência do pedido (demora previsível até 2 dias úteis) ☐ Urgente ☐ Não urgente ☐
O doente está informado acerca do pedido de apoio à equipa ? ☐ Sim ☐ Não ☐

DADOS DO CUIDADOR PRINCIPAL

Nome: Parentesco:
Morada: Tel:

Por favor, indique, se possível, o agregado familiar do doente:

.....

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

	Nome	Local de contacto	Tel.
Medicina geral e familiar:
Outros médicos:
Eq. Cuidados Continuados:
Assistente social:
Outros:

ESTADIO DA DOENÇA

Diagnóstico: Data do diagnóstico:

Estadio:

Locais de metastização: *(se neoplasia)*

Abordagens prévias / actuais da doença:

Antecedentes pessoais relevantes:

Terapêutica actual: *(incluindo doses)*

Alergias / reacções adversas:

O que foi dito ao doente acerca da sua doença?

O que foi informado à família / cuidadores acerca da doença?

PROBLEMAS ACTUAIS

Resuma os problemas que justificam a referenciação à equipa de Cuidados Paliativos

Caso existam anote:

Descontrolo sintomático ou outros problemas físicos

Dificuldades psico-sociais

Necessidades dos cuidadores ou de outros familiares

Outra informação relevante:

QUEM REFERENCIA

Serviço: data:

Nome: nº mec extensão:

Anexo VII

Impresso de Enfermagem utilizado na Consulta de Cuidados Paliativos

Registo de Enfermagem

Doente: _____ Data: ____/____/____

Presença em Consulta: Cuidador ☐ Outro ☐ _____ Profissionais: Médica / Ass. Social / Psic. / _____

C. Programada ☐ Urgência ☐ Motivo _____

T.A ____/____ mm/Hg
P. ____ p/m
R. ____ c/m
Sat O² ____ %
Temperatura Timp. ____ °

AVALIAÇÃO

INTERVENÇÃO

Física			
Cognitivo / Emocional	Consciência Orientação Memória/Atenção Aprendizagem Expressão verbal Percepção da doença Emoções expressas		
Sintomas <small>0 = Ausente ; 1 = Ligeiro ; 2 = Moderado ; 3 = Severo</small>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor ____ • Náusea/ Vômitos ____ • Dispneia ____ • Obstipação ____ • Astenia ____ • Ansiedade ____ • Sonolência ____ • Anorexia ____ • Bem estar ____ • Outro _____ 		
Gestão Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpre Pautada S N • Utiliza SOS S N • Cumpre c. não Farmacológicos S N • Efeitos secundários S N • Dificuldades S N • Gestor Terapêutico S N 		
Higiene pessoal / Vestir	I PD D I PD D		

Alimentação e Hidratação	I PD D		
Locomoção e Mobilidade	I PD D		
Eliminação Vesical Intestinal	I PD D I PD D		
Sono e Repouso	Insónia I – Dt – T Agitação		
Necessidades do cuidador F/Inf.			
Ensinos	Respiração <input type="checkbox"/> Hábitos de risco <input type="checkbox"/> Higiene/Vestir <input type="checkbox"/>	Integridade cutânea <input type="checkbox"/> Alimentação/Hidratação <input type="checkbox"/> Controlo de sintomas <input type="checkbox"/>	Gestão Terapêutica <input type="checkbox"/> Locomoção / Mobilidade <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
Gestão Informação			
Referenciação	• Psic. <input type="checkbox"/> A. Social <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> • Colaboradores _____ • Comunidade _____		
Encaminhamento	• Próxima Consulta MP ____/____/____ Monitorização Telefónica ____/____/____ • Internamento Serviço _____ • Consulta Especialidades _____		
Observações			

Enfª. _____ Nº Mec. _____

Anexo VIII

Folha de terapêutica fornecida à pessoa e cuidador

Anexo IX

Impresso de enfermagem utilizado no *follow-up* telefónico das pessoas em cuidados paliativos

Anexo X

Critérios de complexidade de uma pessoa em cuidados paliativos

Critérios de Complexidade

Um doente em cuidados paliativos que apresente mais de três sintomas descontrolados é considerado um doente complexo (ANCP, 2006).

Vinheta

Por favor, coloque um X nos sintomas não controlados que o doente apresenta:

SINTOMAS PRESENTES							
Data				Data			
Dor				Cansaço/Fadiga			
Dispneia				Delirium			
Tosse				Confusão			
Estertor				Sonolência			
Anorexia				Insónia			
Vómitos				Ansiedade			
Náuseas				Depressão			
Diarreia				Xerostomia			
Obstipação				Prurido			
Outro(s)				Qual (ais)?			
SITUAÇÕES CLÍNICAS DE DIFÍCIL CONTROLO							
Data				Data			
Dor de difícil controlo				Compressão Medular			
Sub oclusão/oclusão intestinal				Ascite			
Outro (s)/Qual (ais)?							
ELEMENTOS DE COMPLEXIDADE							
Data							
Dificuldade em se "adaptar" à doença							
Isolamento social							
Doente e/ou cuidador jovem							
Existência de dependentes crianças e/ou jovens							
Cuidadores com incapacidade real de assumir o apoio informal							
Rápida evolução da doença							
Crises frequentes							
Presença de conflitos familiares graves							
Presença de dilemas éticos (sedação/hidratação/solicitação de eutanásia)							
Outro (s)							
Qual (ais)?							

Anexo XI

Guia de acolhimento de uma Unidade de Cuidados Paliativos Domiciliários

CUIDAR

- Situa-se na encruzilhada do que faz viver e morrer...
- É comunicar vida
- É deixar existir
- É desenvolver o que permite viver
- É compensar o que coloca obstáculo à vida...
- É acompanhar as grandes passagens da vida...os momentos difíceis...a doença...
- É mobilizar as capacidades de vida existentes e/ou restantes...
- É ajudar a nascer...e a renascer...
- É acompanhar a morte...
- É criar no quotidiano.

Nada disto seria possível sem ousar fortalecer e afirmar o que cada um, como mulher ou homem, ao cuidar, pode trazer de insubstituível àqueles cuja vida desperta, cuja vida desabrocha, cuja vida se procura, cuja vida se extingue... exigindo as condições indispensáveis para o realizar.

Cuidar...A primeira arte da vida
Lusociência, Collière, Marie-Françoise

Todo o trabalho que realizámos activamente em nós próprios, todas as experiências que tivemos na vida, podem ser usadas para manter a serenidade na doença. Dispomos desses recursos. Vamos recorrer a eles e ao apoio dos que nos rodeiam.

Morrie Schwartz

Pela familiaridade ou pela estranheza filtramos, das inumeráveis coisas que nos são exteriores ao corpo, apenas algumas, comportáveis nos limites da nossa variável capacidade de percepção. A dada altura, que nem sempre importa situar, transmutam-se as coisas estranhas em familiares, e assim sabemos.

Geram-se à vezes os afectos, essa estética biológica longe do bem ou do mal.

In Enganos, Correia, Ângela

A coragem da verdade...e a confiança na infinitude do amor...transmitem PAZ e fortalecem-nos para a vivência da doença.

Adaptado, Hennezel, Marie de, 2006



O QUE FAZEMOS

Somos uma equipa multidisciplinar que presta cuidados médicos e de enfermagem, a pessoas, com doença oncológica em fase avançada, e seus familiares, no domicílio.

QUEM SOMOS

Médicos

Enfermeiros

Outros colaboradores

HISTÓRIA

Serviço criado a

pioneiro em Portugal na actividade assistencial a doentes oncológicos no seu domicílio.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Todos os dias, das 8.00h às 16.00h, incluindo Sábados, Domingos e Feriados.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- ✓ Estar inscrito no
- ✓ Ser referenciado pelo médico assistente
- ✓ Ter cuidador identificado
- ✓ Residir na cidade de Lisboa
- ✓ Aceitar o apoio da Unidade

CONTACTOS E LOCALIZAÇÃO

Telefone directo da Unidade:

Telemóveis:

Telefone geral do IPO:

E-mail:

Localização:

Anexo XII

Folha de admissão de doentes de uma Unidade de Cuidados Paliativos
Domiciliários

FOLHA DE ADMISSÃO DE DOENTES

(a preencher pelo médico)

Identificação do Doente (Estado Civil/Profissão)

VINHETA

Pedido de Admissão: ____/____/200__

Admissão: ____/____/200__

Readmissões: ____/____/200__

____/____/200__

____/____/200__

Cuidador Principal:

Afinidade:

Tel.

Referenciação

Serviço:

Ext.

Clínico Assistente:

Resumo do processo clínico:

História da doença actual:

Antecedentes pessoais: (Com referência obrigatória a história de úlcera péptica. História presente ou passada de alcoolismo crónico. Toxicodependência. Antecedentes psiquiátricos)

Medicado com:

Antecedentes familiares:

Avaliação do Estado Cognitivo do Doente *(se não for feito especificar porque)*

MMSE/MSQ

Avaliação de Sintomas:

Dor *(indicar escala usada – 0/10/Verbal simples/Faces – 0 a 5)*

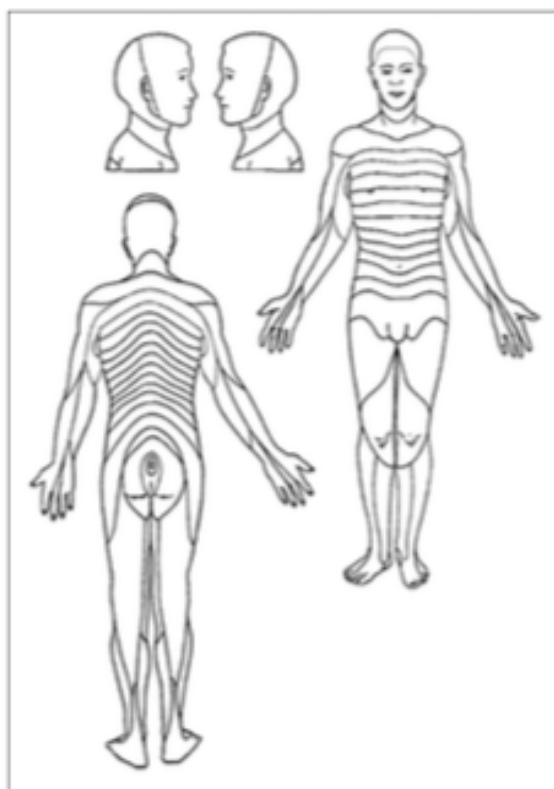
	Intensidade Máxima Últimas 24h	Intensidade Média Últimas 24h	Intensidade Mínima	Tipo de Dor
1				
2				
3				

	Outra caracterização clínica, características.....
1	
2	
3	

Escala do observador

Parece sem dor	Parece confortável com movimento	Parece desconfortável	Parece sofrer com dor	Parece sofrer incontrolavelmente
----------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------

Esquema Anatômico: localização e irradiação



	Intensidade	Distress	Observações
Fadiga			
Sonolência			
Anorexia			
Náusea			
Dispneia			
Ansiedade			
Tristeza			
Bem-estar			




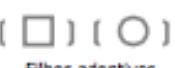
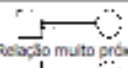
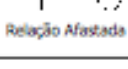

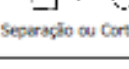

Exame Físico

PPS

(a preencher pelos enfermeiros)

Percepção do Doente e Família

Enquadramento Familiar e Sócio-Económico

Genograma:	Legenda:
	Feminino  Masculino 
	Divórcio  
	Filhos adoptivos
	 Relação muito próxima
	 Relação Afastada
	 Relação Conflituosa
	 Separação ou Corte
	Data Nascimento Data Falecimento
	 Morte =

Caracterização do(s) Cuidador(es) Principal(ais)

Nome	Saúde Física
Idade	Saúde Mental
Situação Laboral	

Funcionamento Geral Familiar	Memorando: Funcionamento geral familiar – Tipo de interação familiar
Pontos Fortes do Sistema Familiar	Pontos Fortes da Família: · Estratégias de comunicação eficazes · Experiências anteriores de cuidar · Apoio mútuo
Fontes de Stress do Sistema Familiar	Fontes de Stress familiar: · Prestação de cuidados · Estratégias de comunicação não eficazes · Inexistência de recursos/apoio

Avaliação Sócio-Económica

Condições habitacionais
Repercussões sócio-económicas da doença

Apoio Social

Família alargada

Serviço Social	Contacto Pessoa de referência
----------------	----------------------------------

Serviços da Comunidade Identificação do serviço	Contacto Pessoa de referência
--	----------------------------------

Fenómenos de Enfermagem

--

Principal Necessidade Identificada pelo Doente

	Fontes de sofrimento identificadas
--	------------------------------------

Principal Necessidade Identificada pela Família/Cuidador

	Fontes de sofrimento identificadas
--	------------------------------------

Plano/Intervenção

--

FOLHA DE CONTINUAÇÃO

Memorando:

PPS

MMSE/MSQ

ESAS

Pontos Fortes da
FamíliaFontes de Stress
Familiar

Encaminhamento

Principal
Necessidade
sentida pelo
doentePrincipal
necessidade
sentida pelo
cuidador

Escala de Dor

Anexo XIII

Protocolo dietético para pessoas submetidas a cirurgia esofago-gástrica

	SERVIÇO DE DIETÉTICA E NUTRIÇÃO
	Dieta para Gastrectomizados

NOME:

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Faça pequenas refeições mais frequentes, pois são melhor toleradas.
- Deve fazer no mínimo, 6 refeições por dia (não esteja mais do que 3 horas durante o dia e 8 horas durante a noite, sem comer).
- Tome as refeições tranquilamente.
- Mastigue muito bem os alimentos e coma devagar.
- Deve fazer as suas refeições sentado (ângulo de 30 a 45°) e repouse por cerca de 1h após as refeições.
- Evite os alimentos muito quentes ou muito frios (podem provocar diarreia).
- Retire toda a gordura visível e peles da carne e peixe.
- Evite comer alimentos ricos em gordura como os produtos de salsicharia, charcutaria, enlatados, refeições pré-preparadas, folhados e salgados (croquetes, rissóis, merendas).
- Utilize o mínimo de gorduras, preferindo sempre gorduras vegetais (azeite).
- Coloque o azeite (pouca quantidade) no final da confecção da sopa.
- Modere o consumo de sal»» Acentue o paladar dos alimentos utilizando ervas aromáticas.
- Coma no máximo, 1-2 ovos por semana (preferir os cozidos ou escalfados).
- Acompanhe sempre a refeição do almoço e jantar com legumes bem cozidos.
- Evite o consumo de saladas cruas, durante mais ____ dias.
- Evite leguminosas como feijão, grão, ervilhas, favas, lentilhas e milho, durante mais ____ dias.
- Beba cerca de 2l de água por dia (pode optar por chá de ervas). **NÃO BEBA LÍQUIDOS QUANDO COME. OPTE POR BEBER LÍQUIDOS 30 A 60 MINUTOS ANTES OU APÓS AS REFEIÇÕES.**
- Evite os refrigerantes com gás e bebidas alcoólicas.

- **Frutos:** No início prefira os frutos cozidos ou assados (maçã ou pêra cozida). Pode comer banana 2-3 vezes por semana. Aos poucos experimente comer a fruta crua (maçã e pêra e outros frutos) – ralada e sem casca.
- **Leite e Derivados:** O leite é um dos alimentos que normalmente não é bem tolerado. A melhor forma de avaliar a sua tolerância é experimentar apenas uma vez por dia.
- Deverá preferir o leite magro. Os iogurtes e queijos meio gordos são normalmente bem tolerados.
- Evite o consumo de açúcar e açucarados, substituindo-o, se o desejar, por adoçante.
- Evitar os alimentos doces (bolos, chocolates, compotas, sobremesas, sumos).
- Pode comer pão branco ou de mistura, evitando o integral.

Nota: Pratique exercício regularmente.

Pode por exemplo, caminhar diariamente cerca de 30 a 45 minutos seguidos (aumente o tempo progressivamente).

CONFECÇÕES:

Não deverá ingerir fritos, guisados ou molhos. Pode optar pelos cozidos, grelhados, assados e estufados sem molhos (cozinhar os alimentos em cru, sem refogar).

Lisboa,

Dietista, _____

N.B.: Para mais esclarecimentos após a alta, deve entrar em contacto com o nosso serviço.telf.:

Anexo XIV

Avaliações dos ensinos clínicos pelos enfermeiros orientadores

Decorre no período de 29 de Setembro 2014 a 13 de Fevereiro 2015

Competências a atingir:

- Agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos;
- Agir como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica inserida no seu da família e comunidade;
- Intervir como perito:
 - Na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade;
 - Na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais;
 - Nas equipas, profissional, multiprofissional, multidisciplinar e multisectorial, em contexto hospitalar, extra-hospitalar e em projectos comunitários no sector público ou privado;
 - Na definição e operacionalização das políticas de saúde na pessoa adulta e idosa com doença crónica, ao nível local, regional, nacional e europeu.
- Assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da Pessoa Adulta e Idosa com doença crónica nas diferentes áreas de intervenção específicas que a seguir se propõem - Enfermagem Oncológica, Enfermagem Nefrológica e Enfermagem à Pessoa Idosa

ETAPAS (datas /local)

De 29 de Setembro a 17 de Outubro de 2015

Desenvolvimento do Projecto (data/local) Serviço de Cirurgia Geral

Desenvolvimento do percurso metodológico previsto de forma articulada com a prestação de cuidados que o estudante vai realizar. (Objectivos /actividades / estratégias / recursos)

A Srª Enfª Sofia participou ativamente na preparação para a alta de clientes submetidos a cirurgia ao esôfago e gástrica agindo como dinamizadora na capacitação do cliente para o autocuidado, tendo especial atenção ao envolvimento do cuidador nos cuidados prestados. Observou a atuação da equipa de enfermagem identificando estratégias utilizadas com o intuito da preparação para a alta e participou ativamente na transmissão de informação, com identificação das necessidades mais prementes dos clientes e cuidadores.

Durante o período de estágio precedeu ao aprofundamento de conhecimentos teóricos através da revisão de literatura pertinente.

Identificou claramente os momentos propícios para a transmissão de informação, procedendo à promoção do autocuidado ao cliente, tendo o cuidado de transmitir informação concisa com subsequente validação dos ensinamentos realizados.

Tendo em apreciação os aspetos referidos anteriormente, e o sentido de responsabilidade da Enfª Sofia pelo trabalho desenvolvido, considero que os objetivos de estágio foram atingidos

AVALIAÇÃO: Muito Bom

Assinatura Orientador Clínico

Avaliação do Estágio da aluna Sofia Manuela Neves Guia

A Enfermeira Sofia Guia demonstrou durante o período de estágio uma atitude profissional de responsabilidade e disponibilidade. Apresentou à equipa de enfermagem os objectivos de estágio e afirmou a sua intenção e interesse em, com o apoio da equipa, aproveitar esta oportunidade para desenvolver competências específicas nas áreas do controlo sintomático, comunicação, promoção dos auto-cuidados e articulação entre os serviços envolvidos, no processo de saúde dos utentes.

Integrou-se na equipa manifestando facilidade na interacção com todos os elementos e no trabalho em equipa. Revelou uma atitude de autonomia, não assumindo decisões que ultrapassassem a sua competência, mas desenvolvendo uma intervenção proactiva em todas as discussões.

Durante o período de estágio participou nas várias áreas de actuação de enfermagem, a consulta partilhada (médico e enfermeiro), a inter-consulta, o acompanhamento dos doentes (por telefone) e os procedimentos de articulação com os outros serviços envolvidos (nomeadamente Cuidados de Saúde Primários, RNCCI e Voluntariado).

Desenvolveu um estudo de caso dum doente com necessidades em Cuidados Paliativos, internado no Serviço de Cirurgia. Este estudo de caso alicerçou o desenvolvimento de competências individuais, promoveu a articulação funcional entre os dois Serviços envolvidos e promoveu junto da equipa do serviço de internamento (pela discussão), entre outras, a sensibilização para a importância duma abordagem de cuidados paliativos, particularmente a articulação entre serviços favorecendo um processo de transição de cuidados, a especificidade de intervenções no controlo sintomático, o acompanhamento das expectativas do doente face evolução da doença e a importância do envolvimento da família no processo de cuidados, em antecipação aos acontecimentos, nomeadamente no planeamento de alta hospitalar.

Consideramos que, pela atitude, postura, trabalho desenvolvido e comportamentos evidenciados a Enfermeira Sofia Guia teve um estágio Muito Bom.

A orientadora de Estágio

Avaliação Qualitativa do Estágio da Aluna Sofia Guia realizado nas Consultas Externas

A aluna revelou-se uma profissional muito interessada e empenhada em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos na prática clínica, em contexto de Cuidados ao utente / família em ambulatório.

Integrou-se muito facilmente no serviço e na equipa de trabalho, cooperando activamente nos cuidados prestados.

Responsável e ponderada nas suas intervenções, mobilizou de forma muito eficaz os conhecimentos da sua prática diária para o contexto em que se inseria, conseguindo colmatar dificuldades e problemas de maior complexidade.

A sua presença, bem como as actividades que desenvolveu no serviço foram uma "mais-valia", nomeadamente porque a elaboração de um projecto para uma Consulta de Enfermagem na área da Cirurgia Esofago-gástrica veio ampliar o nosso âmbito de actuação junto dos utentes beneficiários dos nossos cuidados, permitindo-nos abranger cada vez mais áreas do Cuidar. Para além deste aspecto, é importante ressaltar que este Projecto irá, sem dúvida, melhorar a articulação entre o ambulatório e o internamento, agilizando-se a comunicação, as necessidades e os cuidados de Enfermagem planeados e prestados.

Fundamentando-me em tudo o que referi anteriormente, considero que o Ensino Clínico da Aluna Sofia Guia se situou ao nível *Muito Bom*.

06 de Janeiro de 2015

O orientador



AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Sofia Guis Instituição: Serviço: Orientador:
Efectuado de 2/12/14 a 17/12/14 Docente:

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliaç. Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências das funções;	HB
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	HB
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	B
Relações humanas	Provoca aborrecimentos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	HB

O Docente: Orientador: Data: 15/12/14

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio UAD - IPES FA, EPE

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A estudante Sofia Guia encontra-se inserida no seu processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional. Apresenta e reflete criticamente com a equipa sobre as experiências vividas, mobilizando conhecimentos do âmbito da sua área de especialização. Realiza as atividades a que se propôs desenvolver, assim atingindo os objetivos definidos para este E.C. Colabora na prestação de cuidados aos doentes e faz parte da equipa de planeamento, avaliação e intervenção. Participa nas atividades de ensino, aprendizagem, publicação, investigação, intervenção e avaliação. Considera-se que o percurso efetuado no E.C. foi muito bom e que a avaliação de competências é positiva.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: 15/12/14 Orientadores

Assinaturas

Data: _____ Estudante

Assinatura

Sofia Guia

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Sofia Guia Instituição: Serviço: Cirurgia Geral
Efectuado de 6/11/2015 a 14/12/2015 Docente: _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	Muito Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metodológico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito Bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Muito Bom

O Docente: _____ Orientador: _____ Data: 11/12/2015

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Projeto elaborado de acordo com a necessidade do serviço.
Foi implementado ainda em fase inicial o check-list, após
formação da equipa. Folhetos elaborados de acordo com o
pre-determinado pela instituição pelo que possuem a mesma
para implementação.
A prática desenvolveu a eficiência e eficácia no tempo
que lhe foram atribuídas, demonstrando competências específicas
para a sua área de especialização.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: Orientadores

Assinaturas

Data: Estudante

Assinatura

11/2/2015

11/2/2015

Sofia Guia

Apêndices

Apêndice I
Notas de campo

DOENTE	DATA	NOTAS DE CAMPO
Sr.ª F. P.	2 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados à sutura – Cuidados nas mobilizações – Cuidados com a alimentação – Alertas a estar atento após a alta – Articulação com os cuidados de saúde primários – Agendar os ensinos com a filha da doente • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Comunicação pouco eficaz por hipoacusia marcada e ansiedade – Cuidador ausente – Validação dos ensinos pouco eficaz, visto a doente não conseguir dar o <i>feedback</i> dos ensinos que lhe foram feitos
Sr. J. A.	2 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados à sutura – Cuidados nas mobilizações – Cuidados com a alimentação – Alertas a estar atento após a alta – Articulação com os cuidados de saúde primários – Agendar os ensinos com a filha da doente • Fatores facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> – Comunicação eficaz – Escuta ativa – Doente disposto e incentivado para os ensinos • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidador ausente
	7 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> – Contacto prévio entre o doente e a dietista – Entrega do folheto com a dieta aconselhada pela dietista – Validação dos ensinos de dia 2 Outubro – Presença da cuidadora (esposa) – <i>Feedback</i> positivo do doente e cuidadora • Alta do doente <ul style="list-style-type: none"> – Entregue carta de alta de enfermagem
Sr. A. P.	8 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados à sutura – Cuidados nas mobilizações – Cuidados com a alimentação – Alertas a estar atento após a alta – Articulação com os cuidados de saúde primários • Fatores facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> – Comunicação eficaz

		<ul style="list-style-type: none"> – Escuta ativa – Doente disposto e incentivado para os ensinios • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidador ausente • Alta do doente <ul style="list-style-type: none"> – Entregue carta de alta de enfermagem
Sr. M. V.	9 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados à sutura – Cuidados nas mobilizações – Cuidados com a alimentação – Alertas a estar atento após a alta – Articulação com os cuidados de saúde primários • Fatores facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidador (filho) presente – Comunicação eficaz – Escuta ativa – Doente disposto e incentivado para os ensinios • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Pós-operatório recente – Ainda não iniciou dieta
	14 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Reforço dos ensinios • Fatores facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> – Presença do filho e validação das informações com o mesmo • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Doente ansioso por ter alta → comunicação ineficaz • Alta do doente <ul style="list-style-type: none"> – Entregue carta de alta de enfermagem
Sra. ^a J. G.	9 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Doente desorientada no espaço e no tempo – Cuidador ausente – Impossibilidade de realizar ensinios
	14 Out 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a saúde acerca de: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidados com alimentação • Fatores facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> – Doente já está orientada no tempo e espaço – Comunicação eficaz • Fatores dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> – Ausência do cuidador – Doente com necessidade de falar da sua vida familiar (complicada), pelo que interrompia os ensinios com frequência

Apêndice II

Estudo de Caso

Controlo Sintomático e Promoção do Autocuidado na Pessoa em Cuidados Paliativos



Estudo de Caso

Autora:

Sofia Manuela Neves Guia

Outubro de 2014

Controlo Sintomático e Promoção do Autocuidado na Pessoa em Cuidados Paliativos

Estudo de Caso

Autora:

Sofia Manuela Neves Guia

Professora Orientadora:

Sra. Prof. Eunice Sá

Outubro de 2014

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	5
1. CONTEXTO ONDE FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO DE CASO	7
2. COLHEITA DE DADOS	9
2.1. Dados demográficos	9
2.2. História de saúde	11
3. ANÁLISE DOS DADOS	13
3.1. Atividades de Vida Diárias	13
3.2. Controlo sintomático	16
3.2.1. Náuseas e vômitos	17
3.2.2. Oclusão Intestinal	19
3.3. Aspetos emocionais na gestão da informação	21
3.3.1. Comunicação de más notícias	21
3.3.2. Impacto da doença no cuidador informal e família	22
4. PLANO DE CUIDADOS	25
5. CONCLUSÃO	29
BIBLIOGRAFIA	

ÍNDICE DE SIGLAS

OE – Ordem dos Enfermeiros

SIC – Segundo informação do cliente

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Dados demográficos da pessoa em estudo	9
Quadro 2: Actividades de Vida Diárias do Sr. M.B.	13
Quadro 3: Medicação anti-emética prescrita pela UCP ao Sr. M.B. a 10/10/2014	18
Quadro 4: Medicação anti-emética prescrita pela UCP ao Sr. M.B. a 27/10/2014	18
Quadro 5: Medicação anti-emética prescrita pela UCP ao Sr. M.B. a 28/10/2014	19
Quadro 6: Medicação prescrita pela UCP ao Sr. M.B. para a oclusão intestinal a 10/10/2014	19
Quadro 7: Medicação prescrita pela UCP ao Sr. M.B. para a oclusão intestinal a 27/10/2014	20
Quadro 8: Medicação prescrita pela UCP ao Sr. M.B. para a oclusão intestinal a 28/10/2014	20
Quadro 9: Plano de cuidados do Sr. M.B.	25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Genograma do Sr. M.B.	10
Figura 2: Ecomapa do Sr. M.B.	11

0. INTRODUÇÃO


Um dos principais problemas de saúde que afeta os seres humanos no século XXI são as doenças oncológicas, que persistem, recidivam e requerem cuidados por longos períodos. Nas doenças oncológicas que não têm tratamento curativo, os cuidados paliativos são essenciais para que a pessoa viva os últimos meses da sua vida com a maior qualidade possível.

“Os cuidados paliativos consideram-se, hoje em dia, um direito humano. Neste ponto de vista a implementação dos mesmos deve obedecer a uma estratégia e não a uma desordenada pulverização de recursos. Qualquer estratégia tem como ponto de partida uma avaliação das necessidades” (Capelas, 2009, p.51).

Para que seja possível uma avaliação das necessidades das pessoas necessitadas de cuidados paliativos, há que conhecê-las. Para tal, os estudos de caso, enquanto estratégia de investigação empírica, permitem estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real, sendo a sua compreensão que lhes confere a particularidade, permitindo assim a incorporação de múltiplas fontes de evidência e de dados qualitativos e quantitativos (Grilo & Mendes, 2012).

O presente estudo de caso surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, num dos locais de ensino clínico. Pretendo, assim, fazer a ponte entre os cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal no serviço de internamento e a promoção do autocuidado na preparação para a alta em articulação com a Unidade de Cuidados Paliativos.

“Os cuidados paliativos são os cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituem risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida” (Twycross, 2003, p.16)

A elaboração deste estudo de caso tem como objectivo geral criar um plano de cuidados personalizado a uma pessoa internada por doença oncológica no Hospital  e seguida pela Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

Como objectivos específicos salientam-se os seguintes:

- Conhecer o ambiente familiar e social envolvente;
- Saber a história de saúde e de doença atual;

- Analisar e caracterizar as Atividades de Vida Diárias, com base na Teoria do Déficit do Autocuidado (Dorothea Orem);
- Abordar as questões emocionais vivenciadas pelo doente e cuidador;
- Perceber de que forma é realizada a gestão de informação;
- Elaborar um plano de cuidados;
- Realizar o planeamento da preparação para a alta.

Para tal, delineei o percurso em que este estudo de caso foi realizado, começando por contextualizar onde se desenvolveu, recolhendo seguidamente os dados mais relevantes acerca da pessoa em estudo para os poder analisar, realizando um plano de cuidados individualizado e tendo em vista resultados a alcançar.

1. CONTEXTO ONDE FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO DE CASO

O caso em estudo emerge no âmbito da frequência do ensino clínico na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital ■.

Esta equipa tem como missão garantir apoio e suporte às pessoas com doenças graves, avançadas e incuráveis internadas ou em regime ambulatorio no Hospital ■, e seus cuidadores. Tem como objetivo proporcionar-lhes uma melhoria na qualidade de vida através da prestação direta de cuidados e orientação do plano individual das pessoas para as quais foi solicitada a sua intervenção.

Uma vez que o serviço onde exerço funções profissionalmente – Cirurgia Geral – se situa também no Hospital ■, foi possível articular os cuidados a uma pessoa internada e que foi referenciada à UCP, participando na preparação para a alta em ambos os contextos.

Segundo a *European Association for Palliative Care* (2009), um dos objetivos dos indicadores de qualidade em cuidados paliativos é o de facilitar parcerias entre os vários serviços e programas, instituições comunitárias e um elevado leque de prestadores de cuidados de saúde.

“Os cuidados paliativos nos seus pressupostos determinam que devem resultar sempre do trabalho de uma equipa multidisciplinar, a sua actividade deve acontecer de modo interdisciplinar, isto é, de complementaridade nas funções e competências de cada um” (Sapeta, 2011, p.92)

As pessoas são referenciadas para a EIHSPC quando existe um descontrolo sintomático causado pela sua doença, sendo algumas delas autónomas nas suas atividades de vida diárias e outras dependentes de terceiros. Torna-se, assim, fundamental articular neste estudo de caso a Teoria do Défice de Auto-Cuidado, da teórica de enfermagem Dorothea Orem.

Esta teórica defende a existência de condições necessárias para o desenvolvimento das suas atividades de vida, tendo em conta a existência de limitações associadas ao processo de doença vivenciado. As limitações existentes fazem com que haja uma incapacidade, completa ou parcial, para que a pessoa ou o seu dependente se encarregue da execução contínua de medidas de cuidado para controlar ou gerir fatores reguladores do seu próprio funcionamento (Tomey & Alligood, 2004)

“O auto-cuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Tomey & Alligood, 2004, p. 218). Segundo as mesmas autoras, o déficit de auto-cuidado surge quando existe uma relação entre as propriedades humanas da necessidade de auto-cuidado terapêutico e a atividade de auto-cuidado.

Na perspectiva de Dorothea Orem (1995) os Sistemas de Enfermagem são séries de ações práticas, desempenhadas, por vezes, em coordenação com as ações dos seus doentes para conhecer e satisfazer componentes das necessidades de auto-cuidado terapêutico, protegendo e regulando o desenvolvimento do auto-cuidado dos doentes.

Uma vez que uma das competências do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2013) é o “desenvolvimento de atitudes culturalmente sensíveis, apropriadas à multidisciplinaridade da vivência, de modo a respeitar as particularidades de cada doente e família e a personalizar os cuidados”, cabe ao enfermeiro satisfazer as necessidades de auto-cuidado.

2. COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados “constitui um elemento importante na planificação dos cuidados, uma vez que é a partir destas observações que se elabora o diagnóstico de enfermagem” (Phaneuf, 2001, p.119).

Segundo a mesma autora, a colheita de dados permite compreender melhor o doente e o ambiente que o rodeia, contribuindo para a preparação para a alta.

2.1. Dados demográficos

Os dados recolhidos foram fornecidos pelo doente em estudo e a sua esposa, sendo também consultado o processo hospitalar. Segundo Phaneuf (2001, p. 126), “a informação deve provir de fontes diversas, tais como a própria pessoa, a sua família, os outros membros da equipa de cuidados, o processo do doente e a consulta de obras de referência”.

No quadro seguinte encontram-se os dados demográficos da pessoa em estudo:

Quadro 1: Dados demográficos da pessoa em estudo

NOME	M.B.
IDADE	61 anos
NACIONALIDADE	Portuguesa
NATURALIDADE	Espinho
RESIDÊNCIA	Lisboa
ESTADO CIVIL	União de facto
PROFISSÃO	Bate-chapas

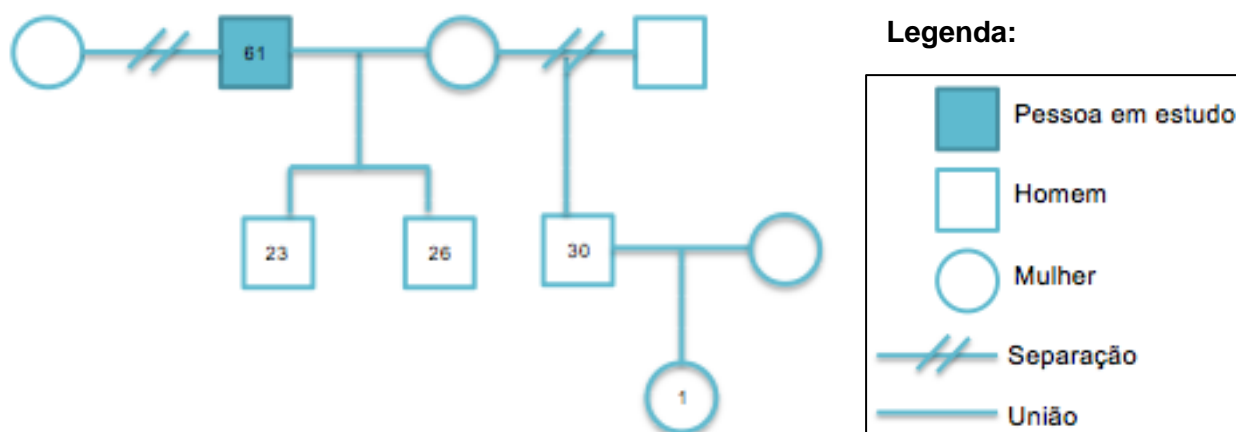
O Sr. M.B. nasceu em Espinho, Distrito de Aveiro, e veio para Lisboa com cerca de 15 anos com os pais. Trabalhava como bate-chapas numa oficina em Campolide, estando desde acerca de dois anos de baixa devido ao aparecimento da neoplasia.

A nível familiar, o Sr. M.B. vive em união de facto com a Sra. G.C. há 28 anos, sendo que ambos foram casados anteriormente com outros parceiros. A Sra. G.C. tem um filho, actualmente com 30 anos, do casamento anterior e que reside em moradia própria. Da união do Sr. M.B. e da Sra. G.C. nasceram dois filhos rapazes, actualmente com 26 e 23 anos, residindo ambos com os pais numa moradia térrea com quintal, em Campolide. O seu enteado, que ele considera como filho, é casado e tem uma filha, que ele adotou como sua neta.

Para que seja mais perceptível compreender as vínculos familiares existentes, estes iram ser apresentados sob a forma de genograma e ecomapa, uma vez que estes são instrumentos que facilitam a avaliação da estrutura familiar. Através deles é possível ter uma visão rápida da complexidade das relações familiares, sendo por isso boas fontes de informação, de forma sucinta (Pereira et al, 2009).

O genograma é, assim, uma representação gráfica de dados sobre a família, sob a forma de árvore genealógica, sendo possível observar os membros da família da pessoa em estudo e as relações estabelecidas entre eles (Dias et al, 2007).

Figura 1: Genograma do Sr. M.B.

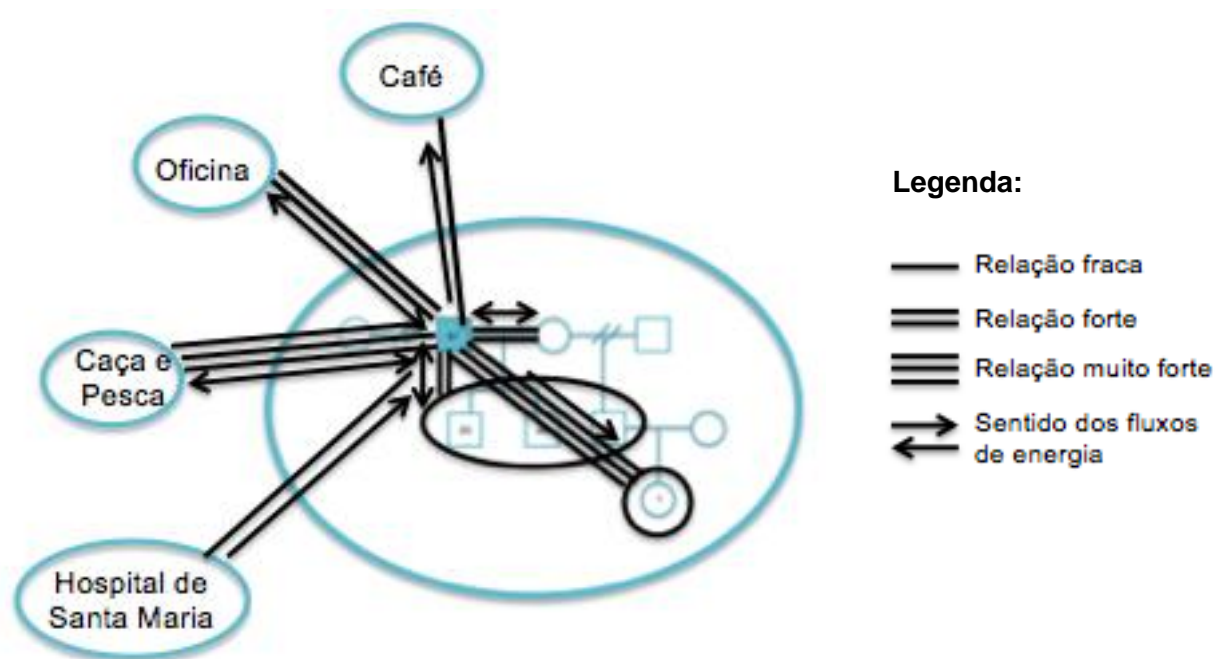


A nível social, o Sr. M.B. confessa ser uma pessoa bastante ativa e, desde o aparecimento da neoplasia gástrica, deixou de fazer algumas coisas que gostava, nomeadamente caçar, pescar e conviver com os amigos. No entanto, considera que a sua relação com a família se tornou mais coesa. A neta é a sua “razão de viver” (SIC) e colmata as saudades que sente dela via telefónica. O cão é o seu fiel

companheiro e refere que uma vez que já não vai voltar a caçar terá que o doar a alguém, pois é um animal muito ativo e que não pode estar fechado no canil, que “é um crime” (SIC)

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e a sua utilização por parte da família (Rocha, Nascimento & Lima, 2002).

Figura 2: Ecomapa do Sr. M.B.



2.2. História de Saúde

Relativamente à história de saúde do Sr. M.B., começou a fumar e a consumir bebidas alcoólicas em adolescente, sendo que iniciou a cessação tabágica há quatorze anos e deixou de consumir bebidas alcoólicas acerca de um ano e meio. Já em adulto, foi-lhe diagnosticada hipertensão arterial e litíase da vesícula, que controlava com medicação.

No final do ano de 2012, tiveram início os primeiros sinais de anemia e perda ponderal de peso, associados a sintomas como enfartamento pós-prandial e melenas. Foi, na altura, à sua médica de família, no Centro de Saúde, que o aconselhou à realização de uma endoscopia digestiva alta, onde se veio a verificar

uma lesão a nível do cárdia, mais tarde diagnosticada como Carcinoma do Cárdia T₃N₁M₀.

Em Janeiro de 2013 foi internado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital ■, onde foi submetido a gastrectomia total + linfadenectomia D₂ + esofagojejunostomia em “Y de Roux”. Realizou ainda ciclos de quimioterapia adjuvante, terminando em Abril de 2014.

Durante todo este percurso de doença foi realizando exames complementares de diagnóstico onde, segundo o doente, não eram visíveis quaisquer alterações. No entanto, dia 26 de Setembro de 2014 recorreu ao serviço de urgência do Hospital ■ com dor abdominal na fossa ilíaca esquerda e obstipação de três dias.

Realizou análises e uma tomografia axial computadorizada ao abdómen, sendo visível estenose no cólon por presença de adenopatias, com etiologia a esclarecer, ficando com o diagnóstico médico provisório de uma oclusão intestinal.

A equipa médica de serviço decidiu operar o senhor para esclarecimento do diagnóstico, realizando uma laparotomia exploradora. No intra-operatório verificou-se que as obstruções intestinais se deviam a lesões de metástases, observando-se já a existência de carcinomatose peritoneal.

3. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados consiste na revisão da informação previamente colhida, priorizando as necessidades, e é realizada desde o acolhimento do doente, prosseguindo ao longo da hospitalização do mesmo (Phaneuf, 2001).

Segundo Capelas & Neto (2010), a prestação de cuidados paliativos necessita da utilização eficaz de princípios orientadores para que se promova a excelência dos cuidados, sendo ele: avaliação das necessidades; plano terapêutico; controlo sintomático; suporte psico-emocional; informação e comunicação; respeito pelos valores e ética clínica; adaptação das organizações; mudanças na organização dos recursos; avaliação e monitorização dos resultados e melhoria contínua da qualidade.

3.1. Atividades de Vida

Para que, de uma forma sucinta, se possa proceder à interpretação dos dados recolhidos, há que analisá-los previamente. Assim, foi através da análise das atividades de vida diárias, que avaliei o nível de autocuidado do Sr. M.B.

As atividades de vida surgem com a criação do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan & Tierney, em 1980, e permitem obter informações sobre como a pessoa em estudo as desenvolve diariamente. O *Quadro 2* irá demonstrar qual era o padrão habitual de atividades de vida do Sr. M.B. antes do aparecimento da neoplasia e qual o padrão atual. Essa informação permitirá avaliar o seu nível de autocuidado, bem como quais as atividades que estão atualmente alteradas na sua vida, de forma a criar diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidados individualizado para um planeamento de alta eficaz.

Quadro 2: Atividades de Vida Diárias do Sr. M.B.

ATIVIDADES DE VIDA	PADRÃO HABITUAL	PADRÃO ATUAL
Respirar	Eupneico em ar ambiente	Eupneico em ar ambiente, apresentando as vezes pequeno cansaço, demonstrado por polipneia

<p>Comer e Beber</p>	<p>Ingeria todo o tipo de alimentos e bebidas alcoólicas, sem restrições;</p> <p>Pesava cerca de 80Kg antes do aparecimentos dos primeiros sinais e sintomas que levaram ao diagnóstico de neoplasia gástrica</p>	<p>Desde que realizou a gastrectomia total, que passou a ter um plano alimentar específico, que cumpria.</p> <p>No internamento atual, teve náuseas e vômitos, estando cerca de vinte dias a dieta zero. Começou a ingerir água e chá dia 19/10 e dia 23 dieta líquida, que manteve até ao dia da alta.</p> <p>Refere, por vezes, azia e sensação de refluxo.</p> <p>A dietista do serviço de cirurgia forneceu-lhe uma carta com dieta personalizada para realizar no domicílio;</p> <p>Pesa 61Kg, apresentando-se emagrecido.</p>
<p>Manter-se limpo e proteger os tegumentos</p>	<p>Autónomo nos cuidados de higiene;</p> <p>Pele íntegra</p>	<p>Mantém autonomia nos cuidados de higiene;</p> <p>Teve uma sutura na linha média abdominal, a drenar líquido ascítico do terço médio, que atualmente já é cicatriz e não apresenta qualquer perda de líquido nem sinais inflamatórios.</p> <p>Na <i>Escala de Braden</i>, não apresenta risco de desenvolver úlceras de pressão (20 pontos)</p>
<p>Eliminar</p>	<p>Urinava na casa de banho, urina clara;</p> <p>Evacuava diariamente, fezes moldadas acastanhadas na</p>	<p>Urina na casa de banho durante o dia e à noite no urinol, urina alaranjada;</p> <p>Esteve sem evacuar vinte e três dias, tendo sido necessária medicação dirigida para esse fim, tanto pela via endovenosa como retal. Após ter começado a evacuar, o padrão não tem</p>

	casa de banho	sido regular, variando as características das fezes entre líquidas e pastosas.
Movimentar-se e manter a postura correta	Era uma pessoa ativa, praticando a sua atividade laboral até lhe ter sido diagnosticada a neoplasia gástrica	Desde há dois anos que teve de ficar de baixa, passando os dias maioritariamente em casa. Durante o internamento, esteve sempre autónomo nas mobilizações, caminhando pelos corredores com frequência.
Vestir e despir-se	Autónomo, escolhendo a sua roupa e acessórios	Autónomo. Anda vestido com o pijama do hospital. Utiliza acessórios próprios, como óculos, chinelos e relógio.
Evitar os perigos		Não apresenta risco de queda (score de 2 pontos) na <i>Escala de Risco de Quedas de Downton</i> ; Apresenta risco de cometer suicídio (segundo a esposa), pois possui armas de caça no domicílio.
Comunicar com os seus semelhantes	Bastante comunicativo	Comunica com toda a equipa de saúde, estabelecendo uma relação de empatia com alguns elementos em particular;
Dormir e repousar	Dormia, em média, seis a oito horas por dia, sem interrupções e sem recurso a medicação indutora do sono	No início do internamento tinha insónias durante a noite, dormitando durante o dia. Atualmente está medicado com Lorenin 2,5mg ao deitar, dormindo toda a noite. Dormita, algumas vezes, durante o dia.
Ocupar-se, tendo em vista a realização de passatempos	Trabalhava como bate-chapas e tinha passatempos de lazer como ir à caça e à pesca, até lhe ter sido diagnosticada a	Está de baixa do seu local de trabalho; Como não pode ir à caça e à pesca, a esposa leva-lhe literatura dessa área, que ele vai lendo durante o dia.

	neoplasia gástrica	
Morrer	Após a gastrectomia total (Janeiro 2013) pensou que estivesse curado e não pensava na morte	Após a cirurgia realizada no internamento atual (Setembro 2014) não fala muito no tema da morte, mas manda alguns “tiros de aviso” relativamente ao mesmo

3.2. Controlo sintomático

Durante o internamento atual, no Serviço de Cirurgia Geral, o Sr. M.B. vivenciou períodos de descontrolo sintomático, manifestados por ausência de trânsito intestinal, dores intensas tipo cólica, náuseas e vômitos.

O controlo de sintomas é um dos instrumentos básicos em que se apoia a aplicação dos conhecimentos atuais em cuidados paliativos e tem como objetivos “saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretas sobre o bem-estar do doente” (Neto, 2010, p.62).

Segundo Robert Twycross (2003), para avaliar quais os sintomas que não estão controlados, há que saber qual a causa do sintoma, o mecanismo patológico subjacente, o que já se tentou fazer e não surtiu efeito e qual o impacto do sintoma na vida do doente.

Para ajudar a responder a estas questões, no dia 7 de Outubro foi pedido apoio pela equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral à UCP, tendo sido observado pela mesma dia 10 de Outubro.

Dia 20 de Outubro foi pedido novamente apoio à UCP por parte dos médicos do serviço de cirurgia, no sentido de preparar a alta do Sr. M.B. para o domicílio, nomeadamente no que toca à gestão de terapêutica para controlo sintomático da dor e prevenção de novos episódios de oclusão intestinal. Foi observado pela UCP dia 28 de Outubro, tendo alta do serviço de cirurgia no mesmo dia.

Apesar de o Sr. M.B. apresentar vários sintomas que necessitam de ser controlados, vou incidir mais sobre as náuseas e vômitos e a oclusão intestinal, pois

é o que mais o incomoda, sendo que também apresenta candidíase oral e ascite ligeira a moderada.

3.2.1. Náuseas e vômitos

As náuseas e os vômitos são sintomas desagradáveis que diminuem drasticamente a qualidade de vida das pessoas com cancro. A prevalência destes sintomas varia entre 30 e 70% e tem muitas implicações no quotidiano das pessoas com doença avançada e sua família, requerendo uma avaliação cuidada e individualizada a nível multidisciplinar (Querido & Bernardo, 2010).

Numa pesquisa efetuada pelas autoras anteriormente descritas, estas verificaram que as náuseas e vômitos podem ser multifatoriais. No caso do Sr. M.B., a obstipação causada por obstrução intestinal devido a presença de adenopatias pode estar na origem das náuseas e vômitos.

A identificação das causas mais prováveis, vai ser importante para escolher o tratamento e tal só é possível através da avaliação correta do doente (Twycross, 2003; Querido & Bernardo, 2010).

No controlo sintomático das náuseas e vômitos provocados por obstrução intestinal, a terapêutica corticóide pode contribuir para a diminuição da inflamação do local obstruído, aumentando o lúmen intestinal, deixando margem para que haja passagem de fezes e, conseqüentemente deixem de existir náuseas e vômitos (Twycross, 2003).

A nível de medicação anti-emética, há uma diversidade de fármacos no mercado, sendo que um terço dos doentes com náuseas e vômitos necessitam de mais do que um anti-emético para ter o sintoma controlado (Querido & Bernardo, 2010). Segundo as mesmas autoras (2010, p.136) “o uso de sonda nasogástrica deve reservar-se para obstruções completas com grande distensão abdominal e que possa conduzir a algum alívio do doente”.

No caso específico do Sr. M.B., o que se verificou no pós-operatório imediato foi a presença da sonda nasogástrica, colocada no intra-operatório, que se manteve em drenagem passiva até o doente deixar de drenar conteúdo gástrico. Foi realizada uma tentativa de ingestão de água e chá, com a sonda nasogástrica clampada, sem sucesso, uma vez que o Sr. M.B. continuava com o abdómen distendido e com

episódios de náuseas e vômitos fecalóides. Foi novamente colocada a sonda nasogástrica em drenagem passiva e o doente ingeria, por vezes, pequenos goles de água ou chá para conforto.

Após a observação por parte da UCP, foi-lhe prescrita a seguinte medicação anti-emética:

Quadro 3: Medicação anti-emética prescrita pela UCP ao Sr. M.B. a 10/10/2014

Medicamento	Dose
Metoclopramida	40mg EV (2cc/hr perfusão contínua)
Levomepromazina	6,25mg SC (22h e SOS)
Dexametasona	10mg EV (9h) e 5mg EV (13h)
Butilescopolamina	20mg (SOS)

Após o início desta terapêutica, a 10 de Outubro, melhorou progressivamente as náuseas e vômitos, iniciando dieta de água e chá dia 19 de Outubro e progredindo para dieta líquida dia 23 de Outubro, com tolerância. Por vezes refere azia e sensação de refluxo, que revertem espontaneamente com a elevação da cabeceira da cama ou deambulação.

O Sr. M.B. foi observado novamente pela UCP dia 27 de Outubro, que realizou alterações terapêuticas, passando a realizar a seguinte medicação:

Quadro 4: Medicação anti-emética prescrita pela UCP ao Sr. M.B. a 27/10/2014

Medicamento	Dose
Metoclopramida	10mg EV (7h, 13h, 19h, 22h)
Levomepromazina	6,25mg SC (22h e SOS)
Dexametasona	5mg EV (9h, 13h)
Butilescopolamina	20mg (SOS)
Ondansetron	8mg EV (SOS)

Após a alta do serviço de cirurgia, dia 28 de Outubro, teve uma consulta de Medicina Paliativa, na qual foi prescrita medicação anti-emética per-ós para o controlo das náuseas e vômitos no domicílio (*Quadro 5*).

Quadro 5: Medicação anti-emética prescrita pela UCP ao Sr. M.B. a 28/10/2014

Medicamento	Dose
Metoclopramida	10mg PO (30 min antes do pequeno almoço, almoço e jantar)
Levomepromazina	5 gotas PO (ao deitar e em SOS até 3 vezes por dia)

3.2.2. Oclusão Intestinal

Os sintomas abdominais são bastante frequentes nos doentes oncológicos, podendo estar associados ao tumor ou ao tratamento do mesmo. A causa mais comum de oclusão intestinal é a neoplasia gástrica e, independentemente de esta ser alta ou baixa, o tratamento começa por ser conservador, iniciando-se hidratação e aspiração nasogástrica, passando depois a terapêutica paliativa no caso dos doentes em estadio terminal (Pacheco, Matos & Madureira, 2010). Efetivamente, foi o que sucedeu ao Sr. M.B. após a laparotomia exploradora, efetuada a 26 de Setembro de 2014.

A maioria das situações de oclusão intestinal está associada em maior percentagem a recidivas tumorais do que propriamente ao tumor primitivo, sendo que três quartos dos doentes que se apresentam nesta situação têm o diagnóstico de cancro gástrico, do cólon ou do ovário (Twycross, 2003; Pacheco, Matos & Madureira, 2010). No caso do Sr. M.B. verificou-se que a oclusão intestinal se devia a metástases no cólon, com origem no tumor gástrico diagnosticado no fim do ano 2012.

O tratamento farmacológico com o intuito paliativo é o mais comum em pessoas com doença oncológica avançada, tendo como principal objetivo diminuir os sintomas associados à oclusão intestinal, como a dor abdominal, as náuseas e os vômitos.

Quadro 6: Medicação prescrita pela UCP ao Sr. M.B. para a oclusão intestinal a 10/10/2014

Medicamento	Dose
Octreótido	600mcg EV (2cc/hr perfusão contínua)
Dexametasona	10mg EV (9h) e 5mg EV (13h)

Eritromicina	250mg EV (9h, 13h, 19h)
Butilescopolamina	20mg (SOS)
Morfina	2mg EV (SOS)
Docusato sódico + sorbitol	1 enema (9h)

O octreótido em perfusão contínua e a butilescopolamina são usados para controlar as secreções gástricas, revertendo temporariamente situações de oclusão intestinal. Os corticoides, como a dexametasona, numa dose de 6 a 18mg por via endovenosa, diminuem o edema peritumoral, contribuindo assim para a melhoria da sintomatologia da oclusão intestinal. Para os doentes sem cólicas e que conseguem ainda expulsar os gases intestinais, o uso de um procinético (como a eritromicina) é uma escolha adequada. Um enema de fosfato pode também ser efetuado se a obstipação for um fator causal da oclusão intestinal.

O Sr. M.B. foi novamente observado pela UCP no dia 27 de Outubro, tendo sido efetuadas alterações terapêuticas ao nível do controlo de sintomas referente à oclusão intestinal, uma vez que o doente já tinha trânsito intestinal mantido desde dia 19 de Outubro.

Quadro 7: Medicação prescrita pela UCP ao Sr. M.B. para a oclusão intestinal a 27/10/2014

Medicamento	Dose
Dexametasona	5mg EV (9h, 13h)
Eritromicina	250mg EV (9h, 13h, 19h)
Butilescopolamina	20mg (SOS)
Morfina	2mg EV (SOS)

Após a alta do serviço de cirurgia e a ida à consulta de Medicina paliativa, dia 28 de Outubro, o Sr. M.B. foi com a seguinte terapêutica para o domicílio:

Quadro 8: Medicação prescrita pela UCP ao Sr. M.B. para a oclusão intestinal a 28/10/2014

Medicamento	Dose
Dexametasona	4mg PO (1cp ao pequeno almoço e almoço)
Eritromicina	5ml PO (pequeno almoço, almoço e jantar)

Lactulose	1 saqueta (pequeno almoço ou SOS até 2vezes/dia)
Dulcolax	1 supositório (SOS)
ClyssGo	1 enema (SOS)

3.3. Aspetos emocionais na gestão da informação

“Cuidar do doente em fase avançada da doença é complexo e, ao mesmo tempo, uma arte, não podendo em circunstância alguma distanciar-se do direito à verdade, à informação, ao respeito pelos princípios éticos e à diminuição do sofrimento” (Alvarenga, 2012, p.81).

A comunicação eficaz com o doente, através da partilha de informação, atitudes e emoções, satisfaz as suas necessidades ao sentir-se compreendido, esclarecido, apoiado e acompanhado no seu processo de doença (Alvarenga, 2012).

3.3.1. Comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é algo difícil de transmitir, mas é um ato praticado pelos profissionais de saúde de forma sublime, não destruindo a esperança existente, mas substituí-la em alternativas viáveis. Isso pode limitar o doente de continuar a viver, no entanto dar-lhe-á ânimo para viver mais intensamente o tempo que lhe resta (Twycross, 2003; Alvarenga, 2012)

No caso específico do Sr. M.B., este tem conhecimento de que “o abriram e fecharam e, por isso, não devo ter coisa boa” (SIC). Refere ter ouvido uma conversa entre dois médicos no corredor que o deixaram preocupado, dizendo em tom irónico “Cá para mim estão a decidir como é que eu vou morrer” (SIC). No entanto, diz ser “medricas e piegas” (SIC), não tendo coragem para perguntar concretamente o que tem. No entanto, durante o internamento no serviço de cirurgia demonstrou saber mais do que aquilo que refere, dando vários “tiros de aviso” e abordando a temática da morte.

A esposa dor doente, a Sra. G.C., diz-se informada de toda a situação clínica, após conversa com a equipa médica, mas pede à equipa multidisciplinar para não

contar pormenores ao marido, pois “se ele souber que a situação dele não tem solução e que tem pouco tempo de vida mata-se só de pensar nisso” (SIC).

A relação da equipa multidisciplinar com o doente não deve ser comprometida por promessas aos familiares de não informar o doente acerca do seu diagnóstico, uma vez que não é ético. O doente dará sinais, diretos ou não, se deseja saber mais acerca do seu processo de doença, devendo ser comunicada toda a informação que desejar, ajustando a informação fornecida às necessidades reveladas pelo doente (Twycross, 2003).

3.3.2. Impacto da doença no cuidador informal e família

Quando a esposa do Sr. M.B. soube da gravidade da sua situação de doença, refere ter sentido um vazio inexplicável, como se de um pesadelo se tratasse e que depois de “acordar” tudo passaria. Mas infelizmente era mesmo realidade e tanto ela como os filhos tiveram de se confrontar com a tão dura realidade que o Sr. M.B. vivenciava, e que também eles o experienciavam.

“O diagnóstico de uma doença grave e progressiva não afeta apenas o doente, repercute-se também em toda a sua família. A doença expõe e confronta as famílias com a crescente incapacidade de um de seus membros, gerando tensão e desequilíbrio no ambiente familiar” (Delalibera, 2014, p.43).

Com a perspectiva de regresso a casa do Sr. M.B. a prever-se para breve, a esposa foi questionada de como é que pensava acolher o seu marido no domicílio e quais os recursos humanos e materiais que viria a necessitar no futuro. A Sra. G.C. referiu que “por agora não será necessário grande ajuda, uma vez que um dos meus filhos está desempregado e, por isso, passa a maioria do tempo em casa. Eu também trabalho de manhã e à tarde como empregada doméstica na casa de uns senhores de idade, mas vou a casa à hora de almoço e depois a partir das 17h. Ele por enquanto consegue fazer de tudo um pouco e é uma pessoa muito ativa... Só não queria é que ele tivesse muito tempo sozinho, porque era caçador, tenho lá armas em casa e nunca se sabe se ele perde a cabeça e acaba com a vida... era homem para isso!” (SIC)

“A família geralmente é o principal provedor de cuidados ao doente, e o funcionamento familiar é um dos principais determinantes do bem-estar psicológico

dos seus membros. Avaliar as necessidades familiares e providenciar suporte adequado às famílias disfuncionais é muito importante durante o período de prestação de cuidados e, posteriormente, no luto” (Delalibera, 2014, p.43).

Efetivamente, no momento presente e com um nível de autonomia considerável, não existiam grandes preocupações por parte da esposa e filhos do doente. No entanto a esposa do Sr. M.B. foi questionada acerca de como se iriam articular os cuidados ao marido quando este comesse a ficar dependente nas suas atividades de vida diárias e necessitasse de ajuda parcial e, posteriormente, total. Para a Sra. G.C. foi difícil imaginar esse momento, pois ele presentemente encontrava-se “bem” (SIC), mas refere que quando ele começar a ficar dependente “vai ser muito complicado, porque o meu filho não se vai aguentar emocionalmente ao ver o pai assim e não vai conseguir cuidar dele. Eu não posso deixar o meu emprego, pois além de correr o risco de vir a ficar desempregada, as pessoas para que trabalham também precisam de mim. Por isso não sei como irá ser quando isso acontecer, provavelmente iremos falar todos e, em conjunto com ele, tomaremos uma decisão para onde ele irá. Porque o ideal era contratar uma pessoa para o ajudar em casa durante o dia e eu a partir das 17h ficava com ele, mas não temos condições económicas para que isso seja possível...” (SIC).

A situação de doença avançada exerce sobre a família uma sobrecarga física e emocional constante, particularmente na fase de cuidados paliativos. Os familiares, enquanto cuidadores informais, assumem a responsabilidade por um conjunto alargado de tarefas correspondentes às diferentes necessidades do doente, desde o suporte emocional até ao cuidado pessoal (Funk et al, 2010)

Uma vez que a esposa do Sr. M.B. é o membro da família mais presente e que fala mais com a equipa de saúde, o ideal seria a senhora estar a par de todo o processo que o marido está a vivenciar e articular com esta as possibilidades existentes para que o Sr. M.B. seja acompanhado pela UCP, mesmo estando no domicílio, havendo sempre um apoio onde a esposa possa recorrer quando tiver dúvidas ou necessitar de auxílio.

“Nas sociedades modernas a morte por doença crónica deixou de ser um acontecimento meramente familiar. Com os avanços nas políticas e cuidados de saúde, as equipas de cuidados paliativos (ambulatório, internamento ou domicílio) aproximam-se do doente e da família e adquiriram um papel preponderante na

promoção da qualidade do morrer, estendendo-se também o apoio aos familiares após a morte” (Delalibera, 2014, p.43).

A comunicação é considerada como um elemento essencial na qualidade dos cuidados em fim de vida. “O cuidado posto na comunicação do diagnóstico de doença terminal, nomeadamente o modo como é feita e a privacidade do local por forma a permitir ao doente exprimir os seus sentimentos, bem como o respeito pelas suas decisões condicionam frequentemente o que se vai passar nas etapas seguintes” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2004, p. 753).

Ainda segundo as mesmas autoras (2004), o facto de um membro da família estar doente, faz com que haja também uma doença familiar, onde o sofrimento e a dor são sentidos por todos. Isso faz com que a equipa de saúde, além de tratar o doente, tem de tratar a família.

A intensidade do sofrimento é medida pelo próprio, tendo em conta uma multiplicidade de fatores (valores, vivências, crenças e recursos) que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e, ao mesmo tempo, única para quem a vivencia (Barbosa, 2010).

4. PLANO DE CUIDADOS

A atuação do enfermeiro na promoção do autocuidado visa a execução de um plano de cuidados de enfermagem, através do qual são sintetizados elementos situacionais concretos em relações ordenadas para estruturar as unidades operacionais. O objetivo do plano de cuidados é o fornecimento de orientações para obter os resultados previstos (Tomey e Alligood, 2004).

Quadro 9: Plano de cuidados do Sr. M.B.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Ingestão de alimentos comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao doente (se este desejar saber) e esposa que a progressão da doença faz com que o intestino estivesse afetado e que não poderá ingerir todo o tipo de alimentos, com risco a desenvolver oclusão intestinal; • Reforçar a necessidade de elevação da cabeceira ou deambulação após as refeições, para evitar náuseas e vômitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão da situação clínica por parte do doente e esposa e das suas repercussões a nível alimentar; • Cumprimento da dieta fornecida pela dietista; • Deambulação após as refeições, enquanto for possível; • Permanecer sentado ou elevar a cabeceira da cama quando o doente já não tiver condições para deambular.
Estado nutricional diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao doente (se este desejar saber) e esposa que a progressão da doença faz com que haja perda de apetite e consequente perda 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que o doente ingere os alimentos necessários à satisfação das suas necessidades nutricionais;

	ponderal de peso;	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar que a esposa e família entenderam que o doente não terá tanto apetite e é provável que não coma grande quantidade de alimentos.
Ascite, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao doente (se este desejar saber) e esposa que a progressão da doença faz com que haja acumulação de líquidos a nível abdominal, o que provoca um aumento do seu volume; • Alertar o doente para o facto de esta situação poder provocar febre ou necessidade de paracentese evacuadora; • Instruir acerca do regime terapêutico a cumprir para controlo sintomático da ascite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o doente contacte telefonicamente ou se dirija à UCP no caso de febre ou abdómen volumoso e doloroso; • Assegurar o cumprimento da terapêutica prescrita para alívio da ascite: furosemina 40mg (1cp em jejum) e espironalactona 100mg (1cp ao pequeno almoço e almoço) • Cumprimento da terapêutica para a febre: paracetamol 1gr (SOS até 3 vezes/dia)
Eliminação intestinal comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao doente (se este desejar saber) e esposa que a progressão da doença faz com que o intestino tenha sido afetado, havendo zonas em que apresenta estenose, o que compromete a eliminação intestinal; • Alertar o doente e esposa que os episódios de oclusão intestinal podem ser recorrentes e que se deve à progressão da doença; 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar se a informação transmitida foi compreendida e aceite pelo doente e família; • Assegurar o cumprimento da terapêutica prescrita para a prevenção da oclusão intestinal:

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca do regime terapêutico a cumprir. 	
Bem-estar [do doente] comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a expressão de sentimentos; • Identificar as necessidades emocionais e psicológicas; • Providenciar apoio da Psicóloga da UCP ao doente, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de relação empática e de confiança entre o doente/esposa e a UCP; • Assegurar consulta de psicologia, sem necessário.
Risco de tentativa de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar compreender quais os elementos que a esposa do doente identifica como fonte de risco/medo/dificuldade em lidar com a situação; • Perceber qual a posição do doente relativamente a esta temática; • Pedir apoio à esposa e família para tentarem retirar as espingardas, existentes no domicílio, do alcance do doente. • Providenciar apoio da Psicóloga da UCP ao doente, esposa e família, se necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de relação empática e de confiança entre o doente/esposa e a UCP; • Assegurar a ausência de espingardas no domicílio; • Assegurar consulta de psicologia, sem necessário.
Preocupação [da esposa] demonstrada em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a expressão de sentimentos por parte da esposa e filhos; • Identificar as necessidades emocionais e psicológicas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar descanso e tranquilidade da esposa; • Assegurar consulta de psicologia, sem necessário.

	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar apoio da Psicóloga da UCP para a esposa, se necessário. 	
<p>Ansiedade [do doente e família] em grau elevado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar o doente para a UCP; • Disponibilizar ajuda da UCP, tanto presencialmente com via telefónica; • Facultar lista de medicamentos a cumprir no domicílio e compreensão da mesma por parte do doente/esposa/filhos; • Manter o doente e esposa informados da situação clínica; • Perceber a gestão de expectativas para o futuro, do doente e família; • Agir por antecipação, organizando a logística no domicílio; • Seguir o doente em consulta de Medicina Paliativa ou realizar controlo sintomático via telefónica quando o doente já não estiver em condições de se deslocar ao hospital; • Providenciar apoio da Assistente Social e outros profissionais da UCP, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com o doente e esposa, na consulta de Medicina Paliativa ou via follow up telefónico; • Assegurar o cumprimento da terapêutica prescrita para a ansiedade do doente: Lorazepam 2,5mg PO (1cp ao deitar e 1/2cp em SOS até 2 vezes/dia); • Assegurar apoio da Assistente Social da UCP, se necessário.

5. CONCLUSÃO

“Os cuidados paliativos desenvolvem-se como uma reacção à atitude, expressa ou oculta, de que “nada mais posso fazer por si”, com a inevitável consequência, para o doente e sua família, de um sentimento de abandono, desamparo e desespero” (Twycross, 2003).

Com o aumento da sintomatologia associada ao fim de vida, o doente e família enfrentam inevitavelmente a proximidade da morte, sendo nesse momento o apoio e o acompanhamento dos mesmos de extrema importância.

Nesse sentido, a equipa de enfermagem desenvolve algumas das competências essenciais da profissão, como: avaliação, diagnóstico e planeamento; trabalho em equipa; promoção da autonomia; desenvolvimento pessoal e profissional; personalização de cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos; início e construção da relação; consolidação da relação de ajuda profissional (Sapeta, 2011).

O nível de competências é, assim, influenciado pela pessoa, pela sua formação na área dos cuidados paliativos e pela experiência profissional, refletindo-se sobre as experiências passadas e apreendendo com o que daí resulta.

Nesse sentido são também experimentadas algumas das competências do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa neste local de ensino clínico, tais como:

- “Desenvolvimento de atitudes culturalmente sensíveis, apropriadas à multidimensionalidade da vivência, de modo a respeitar as particularidades de cada doente e família e a personalizar os cuidados;
- Avaliação e ajuste das expectativas do doente e da família face à evolução da doença, plano de cuidados e cuidados prestados pela equipa;
- Mantém colaboração e articulação com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio, como prestador direto de cuidados;
- Utilização de estratégias eficazes de autocuidado para minimizar fatores geradores de *stress* relacionados com a dependência crescente e a proximidade da morte, ao doente, cuidadores e seus familiares e na equipa de saúde;

- Suporte e consolidação de recursos pessoais, pontos fortes das pessoas com doença crónica, avançada e terminal, cuidadores e família, facilitando a tomada de decisão, centrada na pessoa, a realização de objetivos/metapas definidas em confronto com necessidades de cuidados;
- Alcançar resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação com doente, cuidadores, familiares e membros da equipa de saúde, salvaguardando necessidades individuais, desejos expressos e respetivos cuidados” (OE, 2013).

O ensino clínico realizado na Unidade de Cuidados Paliativos, do Hospital ■, contribuiu para o início do desenvolvimento das competências acima descritas, tendo sido muito enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional.

A Teoria do Défice de Auto-Cuidado, de Dorothea Orem, torna-se pertinente na avaliação dos níveis de dependência nas atividades de vida das pessoas com doença oncológica na fase paliativa. Esta teórica de enfermagem defende que existem limitações associadas ao processo de doença vivenciado pela pessoa e cuidador/familiar, levando a uma incapacidade completa ou parcial para a prestação contínua de cuidados (Tomey & Alligood, 2004).

A promoção do autocuidado nas pessoas com doença oncológica na fase paliativa é de extrema importância como intervenção autónoma do enfermeiro, para que a pessoa e cuidador/familiar se sintam úteis nesta fase da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarenga, M. (2012). A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. In Barbosa, A. *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (81-104). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
2. Barbosa, A. (2010) Sofrimento. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (563-593). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa;
3. Capelas, M. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos da Saúde*, 2(1): 51-57;
4. Delalibera, M. (2014). A dinâmica familiar no processo de luto. In Barbosa, a. & Coelho, A. *Mediadores do Luto* (43-60). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa;
5. Dias, J.; Nascimento, L.; Mendes, I.; Rocha, S. (2007). Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (4), 688-695;
6. European Association for Palliative Care (2009). Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 16(6): 278-289;
7. Funk, L.; Stajduhar, K.; Toye, C.; Aoun, S.; Grande, G.; Todd, C. (2010). Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published qualitative research (1998-2008) – part 2. *Palliative Medicine*, 24(6), 594-607;
8. Grilo, E.; Mendes, F. (2012). O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem. In 3º *Congresso de Investigação Ibero-Americana de Países de Língua Oficial Portuguesa*, Coimbra, 12-15 Julho. Coimbra;
9. Neto, I. (2010) Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (1-42). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
10. Ordem dos Enfermeiros (2013). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa;
11. Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5ªed.). Mosby: Missouri;
12. Pacheco, A.; Matos, L.; Madureira, M. (2010). Oclusão Intestinal. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (171-180). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

13. Pereira, A.; Teixeira, G.; Bressan, C.; Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416;
14. Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Quarteto: Coimbra;
15. Querido, A.; Bernardo, A. (2010). Náuseas e Vômitos. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (127-144). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
16. Rocha, S.; Nascimento, L.; Lima, R. (2002). Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5), 709-714;
17. Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Lusociência: Loures;
18. Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.) Lusociência: Loures;
19. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores: Lisboa.

Apêndice III

Projeto de criação da consulta de enfermagem pré e pós operatória no Serviço
de Consultas Externas de um Hospital Central

Hospital 

Consultas Externas

PROJETO

**CRIAÇÃO DA CONSULTA DE
ENFERMAGEM**

**PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA
ESÓFAGO-GÁSTRICA**

Novembro de 2014

ÍNDICE

	p.
0. INTRODUÇÃO	2
1. DESTINATÁRIOS	5
2. CARATERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	6
2.1. Duração	6
2.2. Horário	6
2.3. Recursos	6
2.4. Marcações	7
2.5. Atividades na consulta pré-operatória	7
2.6. Atividades na consulta pós-operatória	8
3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	9
BIBLIOGRAFIA	

0. INTRODUÇÃO

As Consultas de Enfermagem são uma atividade específica do Enfermeiro, uma *“intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o auto-cuidado”* (Ministério da Saúde, 2012). Para além de promoverem a visibilidade da nossa profissão, constituem a afirmação da nossa pertinência junto das populações, na educação para a saúde, nos processos de transição, no tratamento e na reabilitação dos utentes, surgem, exactamente nesta perspectiva, como suporte essencial às pessoas/família/cuidadores de quem cuidamos.

Segundo o *National Cancer Institute* (2014), a doença oncológica do foro gastrointestinal contempla órgãos como o esófago, estômago, intestino delgado, cólon e reto.

O diagnóstico de neoplasias do sistema gastrointestinal causa disrupção na vida da pessoa e família e o período pré-operatório é caracterizado por medo, questões, isolamento e incerteza relativamente ao futuro. No período pós-operatório imediato há uma luta contra a perda de dignidade e o controlo do corpo (Khatri et al, 2012).

Mesmo que a cirurgia seja realizada com intenção curativa, a maior fonte de ansiedade das pessoas com neoplasias gastrointestinais é o medo da recorrência dos mesmos (Worster & Holmes, 2009).

No que concerne à evolução da produção hospitalar, em Portugal Continental, de algumas neoplasias do foro gastrointestinal, nomeadamente do estômago, cólon e reto, de uma forma geral, tem-se verificado um aumento progressivo destas doenças oncológicas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012).

Durante o ano de 2013, verificaram-se 17 cirurgias a neoplasias malignas do esófago e 102 cirurgias a neoplasias malignas do estômago no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital ■.

Os enfermeiros desempenham um papel preponderante em alertar a população aos diversos níveis de prevenção, bem como no acompanhamento de doença oncológica, na articulação de cuidados intra-hospitalares e para os recursos da comunidade (quando se verifique necessário).

O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo do tempo e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo fundamental o seu desenvolvimento no planeamento da alta das pessoas com doença oncológica. Segundo Taylor et al (2011), o auto-cuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

A Teoria do Défice de Auto-Cuidado, de Dorothea Orem (1991, p.71), defende que os enfermeiros são essenciais quando “a habilidade do cuidador está aquém da exigida para o preenchimento de uma demanda conhecida de autocuidado... [ou] a habilidade de autocuidado ou dos cuidados dependentes excede ou iguala-se à exigida para satisfazer a demanda de autocuidado atual”.

Torna-se, pois, essencial, identificar o cuidador informal e a rede de suporte da pessoa com doença oncológica dependente no autocuidado para, posteriormente, os enfermeiros poderem perceber quais as necessidades sentidas por estes e pelo doente (Morgan, 2009; Belansky & Mahon, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Jackson, Scheid & Rolnick, 2013; Sprague et al, 2013) para poder intervir.

O envolvimento do doente e os cuidador informal no planeamento da alta é essencial, sendo no entanto necessário para tal avaliar a capacidade, prontidão e motivação destes dois intervenientes para poder fornecer e discutir informações importantes para a continuidade dos cuidados (Morgan, 2009; Belansky & Mahon, 2011; Cohen & Nirenberg, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Mayer et al, 2012; Fong, 2014).

A continuidade de cuidados é uma finalidade a atingir num planeamento de alta eficaz, fazendo com que o doente e cuidador não se sintam abandonados quando saem da instituição hospitalar (Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Bernard & Foss, 2014; Fong, 2014).

As estratégias de *follow up* são também descritas por vários autores como forma de os doentes e cuidadores informais serem vigiados após a alta, no sentido dos enfermeiros perceberem se o regresso a casa decorreu como previsto ou se existiram dificuldades de adaptação no novo meio. O *follow up* pode ser realizado através de consultas presenciais, via telefone ou mesmo pela internet, através de *e-mail*, *fórum* e *chats* (Morgan, 2009; Belansky & Mahon, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Sprague et al, 2013; Bernard & Foss,

2014; Fong, 2014).

O objetivo geral deste projeto será melhorar os cuidados prestados à pessoa com patologia esófago-gástrica e família/cuidador

Como objetivos específicos propomos:

- Promover o acompanhamento da pessoa com patologia esófago-gástrica, durante todo o processo de diagnóstico, cirurgia e pós-operatório;
- Articular a informação com a equipa multidisciplinar de forma eficaz, garantindo a resposta às necessidades mais específicas da pessoa e sua família;
- Articular os cuidados com o internamento, garantindo a sua continuidade;
- Promover a autonomia e a recuperação precoce das limitações decorrentes da cirurgia, através da continuidade/instituição de um plano de reabilitação.

1. DESTINATÁRIOS

Os destinatários são todos os utentes e respectiva família, seguidas em consulta da especialidade de Cirurgia com patologia esófago-gástrica e com proposta cirúrgica, cujos benefícios serão:

- Aumento da satisfação;
- Promoção do autocuidado;
- Melhoria da qualidade de vida;
- Continuidade dos cuidados;
- Relações de Confiança com os Enfermeiros

Em segunda instância, também o Conselho de Administração e a Direcção de Enfermagem serão considerados destinatários desta consulta dado que se perspectiva a:

- Melhoria da qualidade dos cuidados;
- Diminuição dos custos no tratamento de co-morbididades decorrentes da existência de limitações funcionais;
- Visibilidade da Instituição.

A equipa de Enfermagem também beneficiará desta consulta, nomeadamente no que respeita à,

- Uniformização dos cuidados;
- Articulação dos cuidados;
- Visibilidade da profissão de enfermagem.

2. CARATERIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

2.1. Duração

1ª Consulta de Enfermagem – 60 minutos,

Consultas Subsequentes – 30 minutos,

Duração dos Atendimentos de Enfermagem – 20 minutos

2.2. Horário

Prevê-se que a realização das consultas de enfermagem esófago-gástricas serão efectuadas preferencialmente às 5^{as} feiras (das 10h às 14h), de forma a haver articulação com a equipa médica, que efetua consultas nesse mesmo dia da semana.

2.3. Recursos

Para a concretização e operacionalização dos objectivos propostos para a Consulta de Enfermagem, estima-se a necessidade dos seguintes recursos:

Recursos Humanos	1 Enfermeiro
Recursos Físicos	1 Gabinete de Consulta
Recursos Logísticos	Computador com acesso ao Desktop de Enfermagem (acesso partilhado à informação clínica dos utentes) e visualização de resultados de MCDT's

2.4. Marcações

Através da agenda electrónica associada ao desktop de enfermagem, em articulação com a secretária de unidade da cirurgia, que irá fornecer os dados das pessoas com doença oncológica que irão ser submetidas a cirurgia esofago-gástrica, com a antecedência de cerca de duas semanas.

2.5. Atividades na Consulta Pré-operatória

- Acolhimento do utente e acompanhante;
- Colheita de dados: (dados de identificação, antecedentes pessoais, história de doença, internamentos e cirurgias anteriores, agregado familiar, apoios sociais e comunitários, ajudas técnicas; história de doença actual, MCDT's realizados, data do diagnóstico, médico assistente na especialidade de cirurgia, data da intervenção cirúrgica);
- Avaliação física (peso, IMC e sinais vitais);
- Avaliação da atitude face à situação de saúde e doença;
- Elaboração do plano de cuidados com formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem;
- Planeamento de visita ao serviço de internamento;
- Articulação com outros membros da equipa (Cirurgião, Equipa de enfermagem do internamento, Assistente Social, Dietista, Psicólogo);
- Disponibilização dos contactos do Hospital X, do serviço e do enfermeiro de referência, da consulta externa e do serviço de internamento;
- Avaliação do plano de cuidados e registos no desktop de enfermagem;
- Articulação do processo de enfermagem entre a consulta e o internamento (e vice versa), por forma a haver continuidade de cuidados;
- Sinalizar, por contacto telefónico com os enfermeiros do internamento, os casos mais específicos.

2.6. Atividades na Consulta Pós-operatória

- Consulta da carta de alta do serviço de internamento;
- Avaliação física (peso, IMC e sinais vitais);
- Avaliação da atitude face à situação de saúde e doença;
- Actualização do plano de cuidados;
- Realização de tratamentos a feridas cirúrgicas;
- Articulação com outros membros da equipa (Cirurgião, Enfermeiros do internamento, Assistente Social, Dietista, Psicólogo);
- Avaliação do plano de cuidados e registos no desktop de enfermagem.

3. PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Aceitação do Estado de Saúde (comprometida)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar sobre estado de saúde • Fornecer informação • Solicitar apoio de
Alimentar-se (comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o indivíduo • Explicar sobre estado de saúde • Fornecer informação (tipo e quantidade de alimentos, posicionamento pós-prandial, cuidados com dispositivos de alimentação) • Identificar hábitos alimentares • Identificar dispositivo de alimentação • Solicitar apoio de (dietista) • Vigiar Peso • Vigiar IMC
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar [agente desencadeante de] ansiedade • Ensinar técnicas de relaxamento • Treinar técnicas de relaxamento • Utilizar termómetro de <i>distress</i> • Solicitar apoio de
Atitude face à Cirurgia (dificultadora)	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar • Explicar sobre estado de saúde • Fornecer informação • Solicitar apoio de
Auto-imagem (alterada)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar [agente desencadeante de] auto-imagem alterada

	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o indivíduo [estratégias compensatórias] • Encaminhar [para os recursos da comunidade] • Solicitar apoio de
Conhecimento sobre Estado de Saúde (diminuído)	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação • Explicar sobre estado de saúde • Ensinar o indivíduo
Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar [agente desencadeante de dor] • Monitorizar a dor • Ensinar técnicas de relaxamento • Treinar técnicas de relaxamento • Administrar medicamentos [analgésicos] • Aconselhar [a toma de analgésicos antes da] intervenção
Ferida Cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Executar tratamento à Ferida Cirúrgica
Imagem Corporal (alterada)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar [agente desencadeante de] imagem corporal alterada • Ensinar o indivíduo [estratégias compensatórias] • Encaminhar [para os recursos da comunidade] • Solicitar apoio de
Intolerância à Actividade	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado de consciência • Monitorizar peso / sinais vitais / glicemia capilar • Solicitar apoio de
Mobilidade (comprometida)	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação • Explicar sobre estado de saúde

	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre benefícios da reabilitação precoce • Ensinar o indivíduo técnicas de exercício muscular e articular • Treinar técnicas de exercício muscular e articular • Supervisionar técnicas de exercício muscular e articular
Negação	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar • Explicar sobre estado de saúde • Fornecer informação • Solicitar apoio de
Tristeza	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar • Explicar sobre estado de saúde • Fornecer informação • Solicitar apoio de

BIBLIOGRAFIA

1. Administração Central do Sistema de Saúde (2012). *Contrato-Programa de 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde;
2. Belansky, H.; Mahon, S. (2012). Using Care Plans to Enhance Care Throughout the Cancer Survivorship Trajectory. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 90-92;
3. Bernard, H.; Foss, M. (2014). The impact of the enhanced recover after surgery (ERAS) programme on community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 19(4), 184-188;
4. Cohen, A.; Nirenberg, A. (2011). Current Practices in Advance Care Planning: Implications for Oncology Nurses. *Clínical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 547-553;
5. Fong, E. (2014). *Hospital Discharge: Criteria Led Discharge*. The Joanna Briggs Institute;
6. Jackson, J.; Scheid, K.; Rolnick, S. (2013). Development of the Cancer Survivorship Care Plan: What's Next? Life After Cancer Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 280-284;
7. Khatri, S.; Whiteley, I.; Gullick, J.; Wildbore, C. (2012). Marking time: The temporal experience of gastrointestinal cancer. *Contemporary Nursing*, 41(2), 146-159;
8. Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4th ed.)*. St. Louis: Mosby;
9. Marbach, T.; Griffie, J. (2011). Patient Preferences Concerning Treatment Plans, Survivorship Care Plans, Education, and Support Services. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 335-342;
10. Mayer, D.; Gerstel, A.; Leak, A.; Smith, S. (2012). Patient and Provider Preferences of Survivorship Care Plans. *Journal of Oncology Practice*, 8(4), 80-86;
11. Ministério da Saúde (2012). *Portaria n.º 19/2012, de 20 de Janeiro, artigo 3º., alínea f*. Lisboa: Ministério da Saúde;
12. Morgan, M. (2009). Cancer Survivorship: History, Quality-of-Life Issues, and the Evolving Multidisciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans. *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 429-436;
13. National Cancer Institute. <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/cancersbodylocation/digestive>. Acedido em 12/05/2014;

14. Sprague, B.; Pace, C.; Dulko, D.; Pollack, L.; Hawkins, N.; Geller, B. (2013). Patient Satisfaction With Breast and Colorectal Cancer Survivorship Care Plans. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(8), 266-272;
15. Taylor, C.; Odey, K. (2011). Survivorship care planning care for colorectal cancer patients. *Gastrointestinal Nursing*, 9(2), 24-29;
16. Taylor, S.; Renpenning, K.; Geden, E.; Neuman, B; Hart, M. (2011). A theory of dependent care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39-47;
17. Worster, B.; Holmes, S. (2009). A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5), 315–322.

Apêndice IV

Folheto informativo à pessoa proposta para cirurgia esofágica

DEPOIS DA CIRURGIA

- Depois da cirurgia irá para uma unidade de cuidados intensivos, onde terá uma vigilância mais apertada
- Irá sentir um tubo no nariz (sonda), vai estar algaliado e ter pensos e drenos
- Será transferido para a enfermaria assim que o seu medico der indicação
- Vai-se levantar pela primeira vez com a ajuda dos enfermeiros
- Enquanto tiver a sonda só vai poder molhar os lábios, mas depois desta ser retirada irá iniciar dieta progressiva, começando por beber água e chá
- Deverá fazer os exercícios respiratórios que lhe foram ensinados previamente

O QUE DEVE LEVAR QUANDO FOR INTERNADO?

- Exames que tenha realizado
- Medicação habitual
- Pode levar ainda:
 - Objetos de higiene pessoal
 - Prótese dentária
 - Pijama e chinelos
 - Outros (o serviço de cirurgia não se responsabiliza pela perda de objetos de valor)

EM CASO DE NECESSIDADE PODE CONTACTAR-NOS

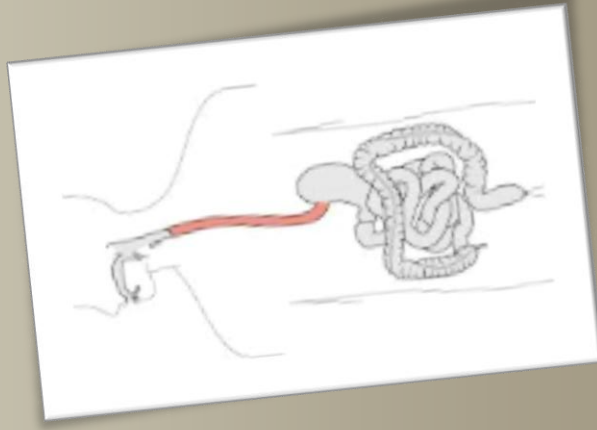
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx

Informações à pessoa proposta para cirurgia esofágica

Consultas Externas

ESÓFAGO

O esôfago faz parte do Sistema Digestivo, estando localizado a nível do tórax e tendo cerca de 25cm de comprimento.



É um órgão musculado, que através das suas contrações, leva o alimento da boca até ao estômago.

DESCOBRIR QUE TINHA UM PROBLEMA NO ESÓFAGO

Se o seu médico o informou que tem um problema no esôfago e que necessita de ser operado, ajudamo-lo a si e à sua família a esclarecer algumas dúvidas.

DOIS DIAS ANTES DA CIRURGIA

- Será internado no serviço de cirurgia
- Realizará alguns exames

NA VÉSPERA DA CIRURGIA

- Irão ensiná-lo a fazer exercícios respiratórios
- Irá realizar uma limpeza ao intestino
- Ser-lhe-á picada uma veia e colocado soro
- À noite vai tomar um comprimido para descansar melhor

NO DIA DA CIRURGIA

- Fica em jejum a partir da meia noite
 - De manhã toma banho com uma solução desinfetante
 - Vai vestir o pijama do hospital, sem roupa interior
 - Calça umas meias elásticas (fornecidas pelo hospital)
 - Retira todos os objetos pessoais (brincos, pulseiras, fios) e guarda-os
 - Retira todas as próteses (dentárias, auditivas, ...)
 - Irão levá-lo ao bloco operatório
 - O médico anestesista vai fazer-lhe algumas perguntas
- A CIRURGIA**
- Será operado com anestesia geral, ou seja, vai estar a “dormir”

Apêndice V

Folheto informativo à pessoa proposta para cirurgia gástrica

DEPOIS DA CIRURGIA

- Depois da cirurgia irá para uma unidade de cuidados intensivos, onde terá uma vigilância mais apertada
- Irá sentir um tubo no nariz (sonda), vai estar algaliado e ter um penso e dreno a nível abdominal
- Será transferido para a enfermaria assim que o seu medico der indicação
- Vai-se levantar pela primeira vez com a ajuda dos enfermeiros
- Enquanto tiver a sonda só vai poder molhar os lábios, mas depois desta ser retirada irá iniciar dieta progressiva, começando por beber água e chá
- Deverá fazer os exercícios respiratórios que lhe foram ensinados previamente

O QUE DEVE LEVAR QUANDO FOR INTERNADO?

- Exames que tenha realizado
- Medicação habitual
- Pode levar ainda:
 - Objetos de higiene pessoal
 - Prótese dentária
 - Pijama e chinelos
 - Outros (o serviço de cirurgia não se responsabiliza pela perda de objetos de valor)

EM CASO DE NECESSIDADE PODE CONTACTAR-NOS

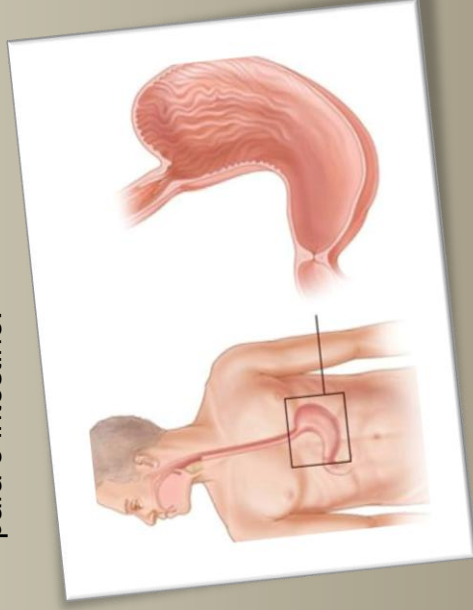
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx
- Enf.^a ■: 96x xxx xxx

Informações à pessoa proposta para cirurgia gástrica

Consultas Externas

ESTÔMAGO

O estômago faz parte do Sistema Digestivo, sendo o órgão onde é realizada a digestão dos alimentos, encaminhando-os depois para o intestino.



Tem um volume de cerca de 50ml quando está vazio, mas após uma refeição pode expandir-se, suportando 1l de comida. No entanto, ele pode armazenar até 4l de alimentos.

DESCOBRIR QUE TINHA UM PROBLEMA NO ESTÔMAGO

Se o seu médico o informou que tem um problema no estômago e que necessita de ser operado, ajudamo-lo a si e à sua família a esclarecer algumas dúvidas.

DOIS DIAS ANTES DA CIRURGIA

- Será internado no serviço de cirurgia
- Realizará alguns exames

NA VÉSPERA DA CIRURGIA

- Irão ensiná-lo a fazer exercícios respiratórios
- Irá realizar uma limpeza ao intestino
- Ser-lhe-á picada uma veia e colocado soro
- À noite vai tomar um comprimido para descansar melhor

NO DIA DA CIRURGIA

- Fica em jejum a partir da meia noite
- De manhã toma banho com uma solução desinfetante
- Vai vestir o pijama do hospital, sem roupa interior
- Calça umas meias elásticas (fornecidas pelo hospital)
- Retira todos os objetos pessoais (brincos, pulseiras, fios) e guarda-os
- Retira todas as próteses (dentárias, auditivas, ...)
- Irão levá-lo ao bloco operatório
- O médico anestesista vai fazer-lhe algumas perguntas

A CIRURGIA

- Será operado com anestesia geral, ou seja, vai estar a “dormir”

Apêndice VI

Plano da Sessão de Formação realizada no serviço de Consultas Externas

PLANO DE SESSÃO

Tema da sessão de formação: Cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esófago-gástrica

Local: Consultas Externas

Data: 26 de Novembro de 2014

Duração: 30 minutos

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Consultas Externas

Objetivo Geral: Capacitar os enfermeiros das Consultas Externas para a articulação com os enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral no desenvolvimento do Projeto *Promoção do Autocuidado na Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia Esófago-Gástrica*

Objetivos Específicos:

- Que o formando seja capaz de:
 - Descrever os fatores de risco e sinais/sintomas das neoplasias esófago-gástricas;
 - Enumerar o circuito da pessoa com doença oncológica esófago-gástrica no Serviço de Cirurgia Geral
 - Nomear os cuidados de enfermagem inerentes às pessoas com doença oncológica esófago-gástrica submetidas a cirurgia;
 - Nomear os tipos de cirurgia a que as pessoas com doença oncológica esófago-gástrica são submetidas;

- Enumerar as ferramentas a utilizar no decorrer do desenvolvimento do projeto (folhetos).

Metodologia: método expositivo e participativo

Meios e Recursos:

- Computador;
- Diapositivos;
- Fotocópias dos folhetos.

Avaliação:

- Avaliação formativa, no decorrer da sessão de formação, através do interesse demonstrado pelos formandos, ao colocarem questões e responderem espontaneamente ao que lhes é perguntado.

Apêndice VII

Sessão de Formação realizada no serviço de Consultas Externas

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA SUBMETIDA A CIRURGIA ESÓFAGO-GÁSTRICA

SESSÃO DE FORMAÇÃO

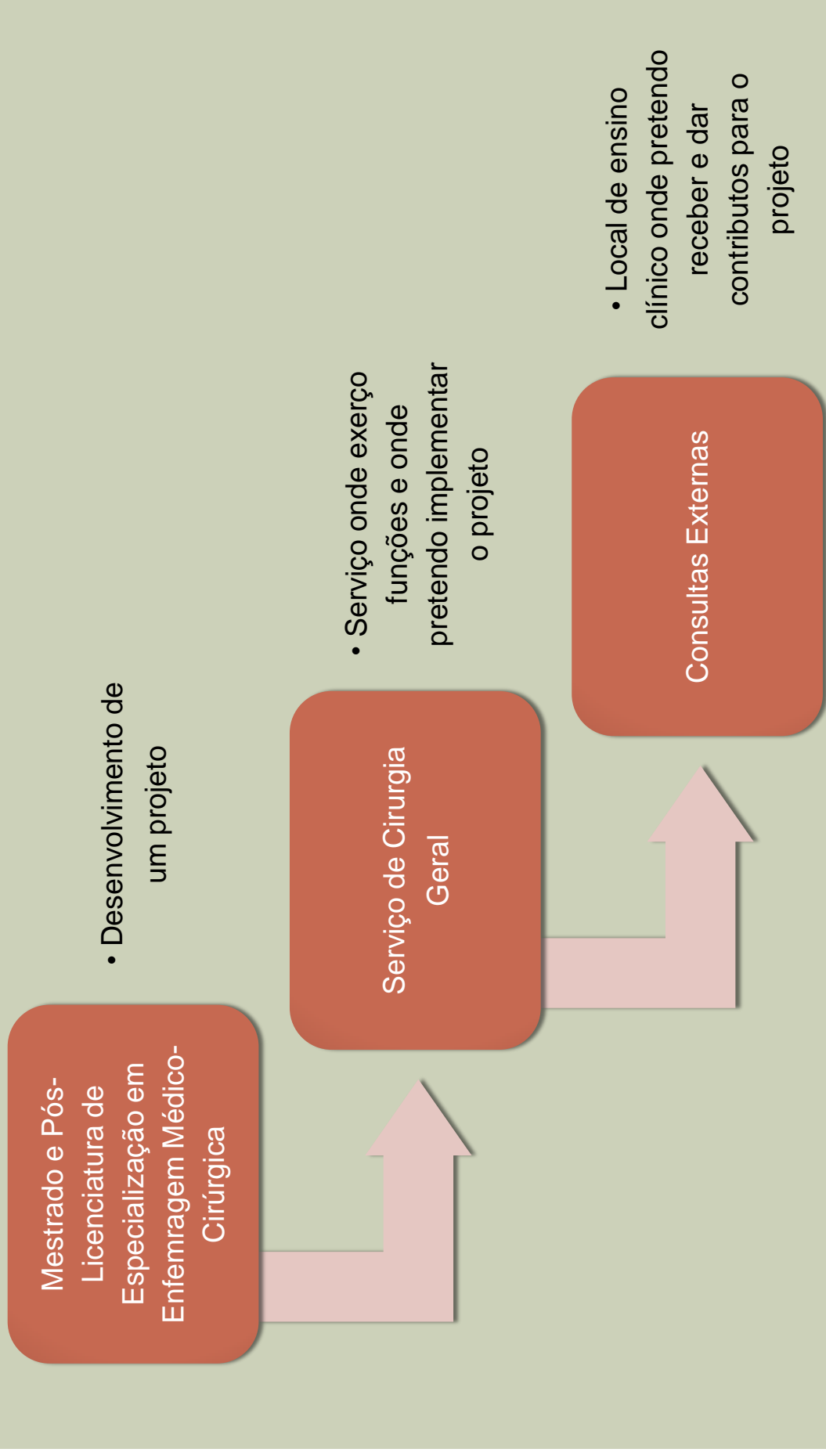
CONSULTAS EXTERNAS

Sofia Guia

Aluna do 5º Curso de
Mestrado e Pós-
Licenciatura de
Especialização em
Enfermagem Médico-
Cirúrgica – Área de
Especialização em
Enfermagem Oncológica

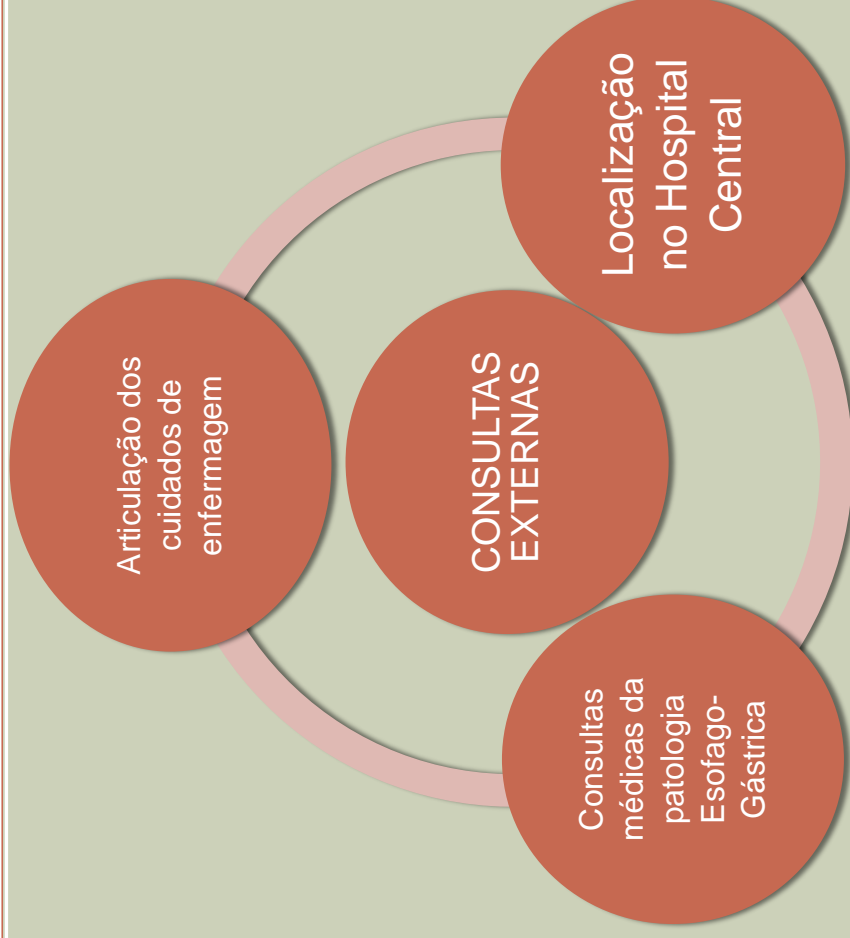
26 de Novembro de 2014

DE ONDE SURTIU O PROJETO QUE PRETENDO DESENVOLVER?



QUAL O TEMA DO MEU PROJETO E PORQUÊ A ESCOLHA DESTA LOCAL DE ENSINO CLÍNICO?

Promoção do autocuidado na pessoa com doença oncológica submetida
a cirurgia gastrointestinal



QUAIS OS OBJETIVOS ELABORADOS? QUAIS AS ATIVIDADES QUE PRETENDO DESENVOLVER?

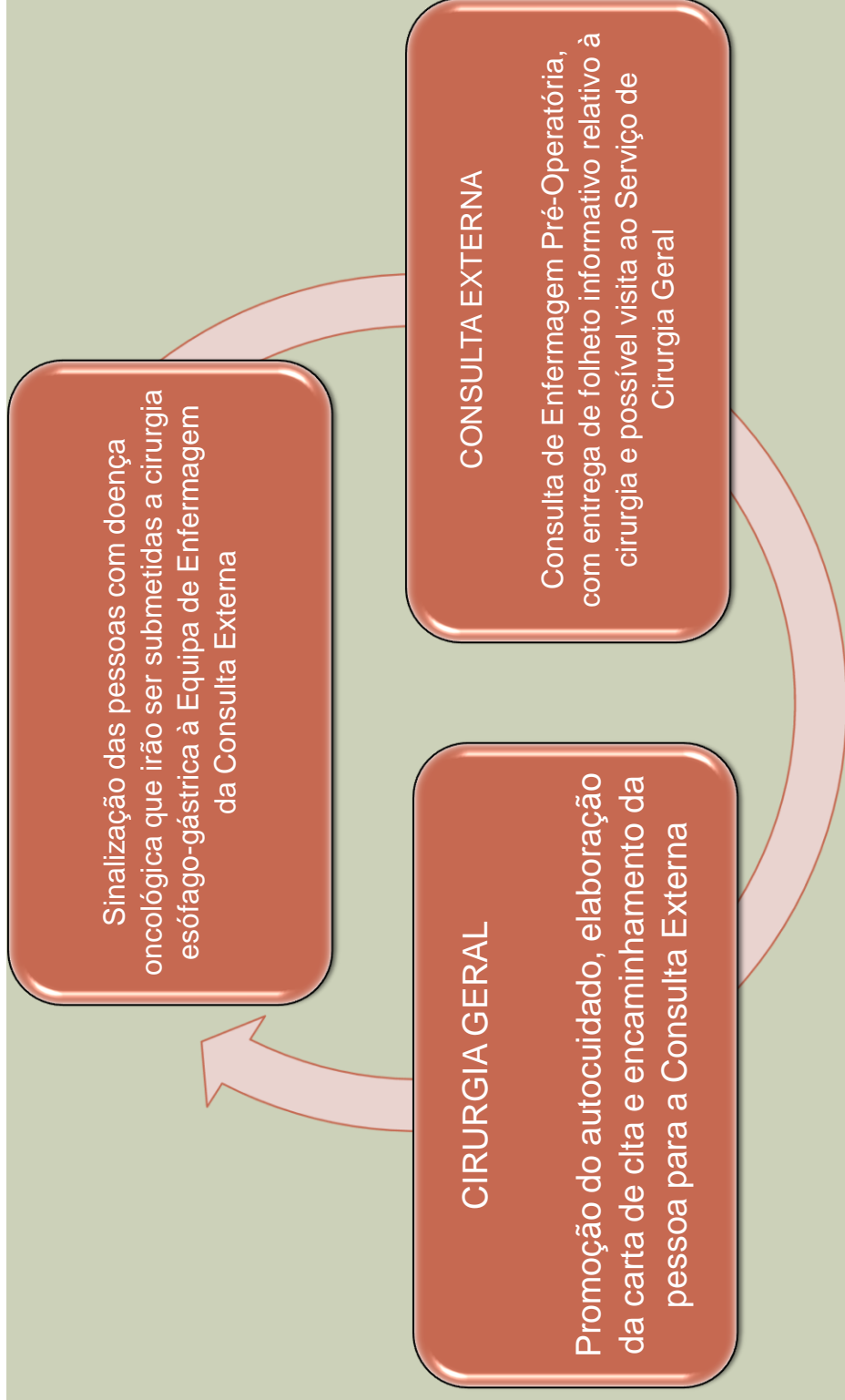
OBJETIVOS

- Otimizar recursos ao nível intra-hospitalar, dando visibilidade ao percurso do doente no Hospital Central
- Participar na prestação de cuidados da pessoa com doença oncológica, após a alta do Serviço de Cirurgia Geral

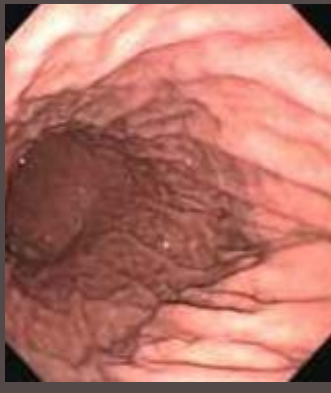
ATIVIDADES

- Identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidadores informais após a alta do Serviço de Cirurgia
- Acompanhar a equipa de enfermagem e participar na prestação de cuidados das pessoas com doença oncológica nos contextos de ensino clínico
- Constituir um elemento de referência do Serviço de Cirurgia Geral no âmbito do planeamento das altas das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia gastrointestinal

QUAIS OS RESULTADOS QUE PRETENDO ALCANÇAR COM O PROJETO?



VAMOS FALAR UM POUCO DA PATOLOGIA ESÓFAGO- GÁSTRICA...



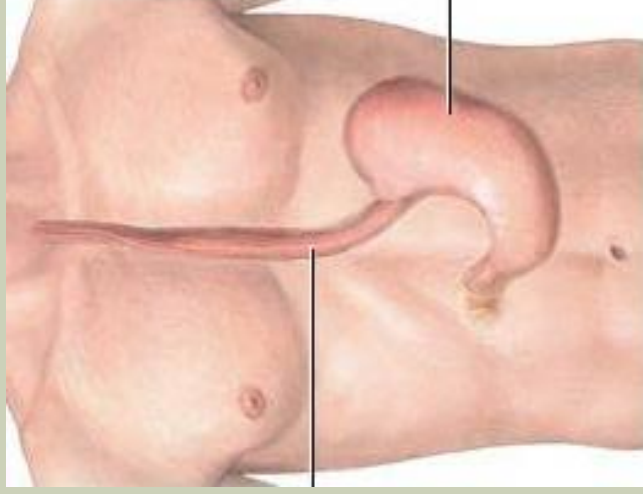
1. Anatomia e Fisiologia
2. Tipos de Cirurgia
3. Circuito do doente no Serviço de Cirurgia Geral
4. Cuidados de enfermagem no pré-operatório
5. Cuidados de enfermagem no pós-operatório

ANATOMIA E FISIOLOGIA

Esófago

O cancro do esófago engloba os tumores que ocorrem em todo o esófago e, recentemente estão incluídos os tumores da junção gastro-esofágica, independentemente do seu tipo histológico. É uma neoplasia agressiva, sendo o oitavo cancro mais comum em todo o mundo e representa a sexta causa de morte por cancro no mundo. Mais de 80% destas mortes ocorrem nos países desenvolvidos.

(Coelho, 2009;
Monteiro et al, 2009;



Estômago

O adenocarcinoma gástrico é uma das principais causas de morte por cancro em todo o mundo. O prognóstico é baixo, com uma sobrevivência aos cinco anos de 15% a 20%. As principais causas referem-se ao diagnóstico tardio e tratamento ineficaz para a doença avançada. A cirurgia é a única possibilidade realista de cura.

(AEOP, 20011)

FACTORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA NEOPLASIA

NEOPLASIA DO ESÓFAGO

- Consumo de tabaco e álcool
- Obesidade
- Refluxo G.E.
- Bebidas quentes
- Dieta de fumeiro
- Déficit de vitaminas e minerais
- Agentes infecciosos
- Radioterapia

(AEOP, 2012)

NEOPLASIA DO ESTÔMAGO

- Dieta pobre em fruta e vegetais
- Elevada ingestão de sal, alimentos fumados e alimentos de conserva
- Deficit de acesso à refrigeração de alimentos
- Infecção por *Helicobacter pylori*

(AEOP, 2011)

SINAIS E SINTOMAS DA PRESENÇA DA NEOPLASIA

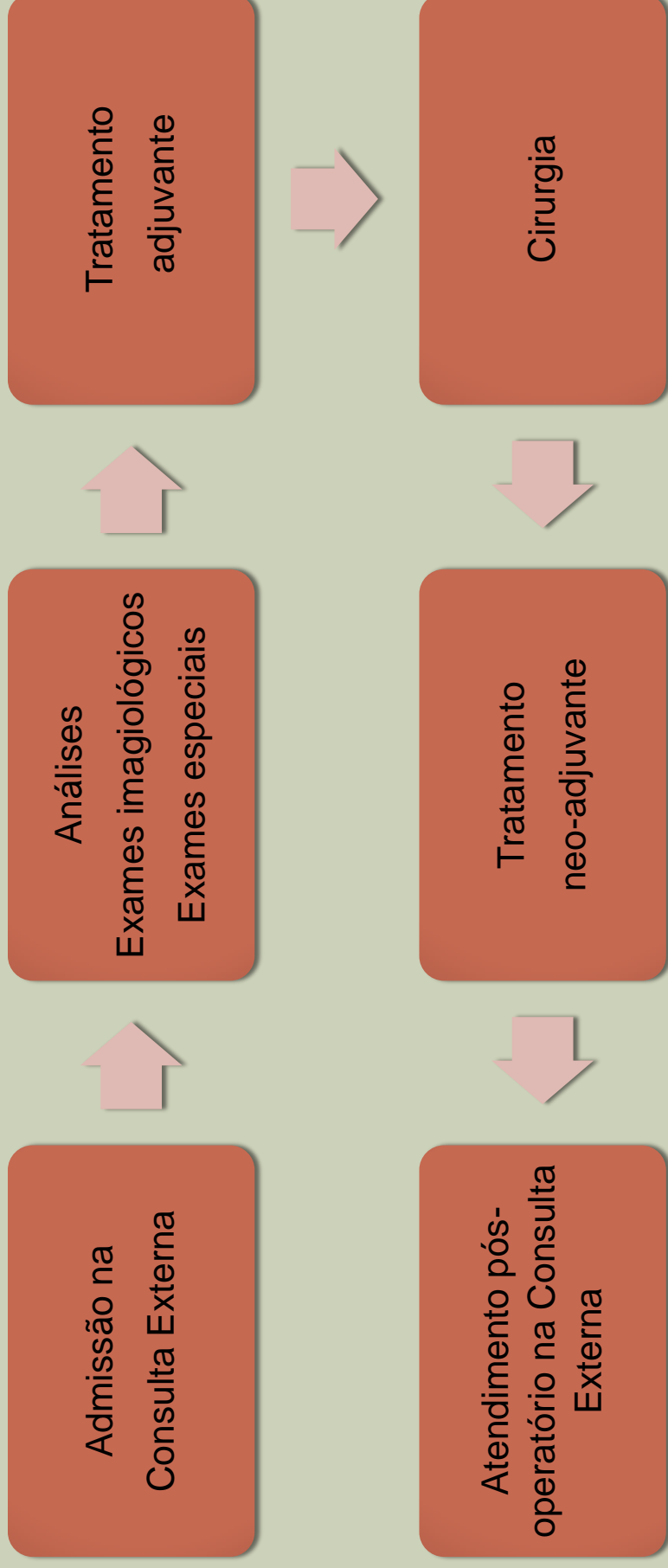
NEOPLASIA DO ESÓFAGO

- Assintomática (fase inicial)
- Disfagia progressiva
- Odinofagia
- Regurgitação
- Azia
- Anorexia
- Perda de peso

NEOPLASIA DO ESTÔMAGO

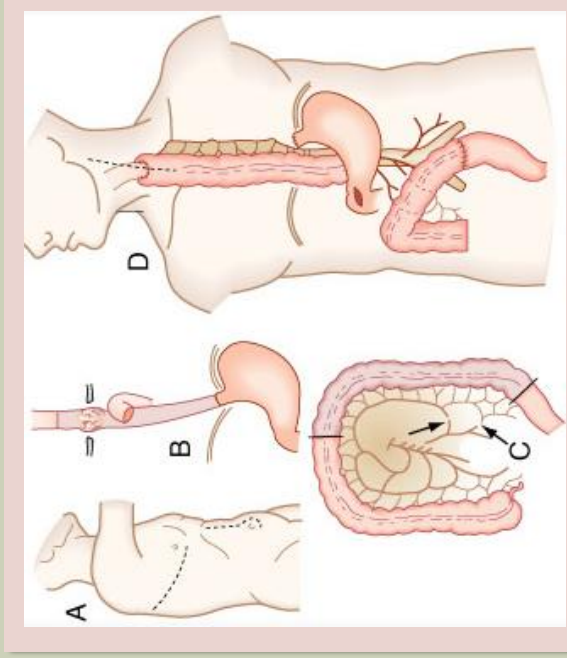
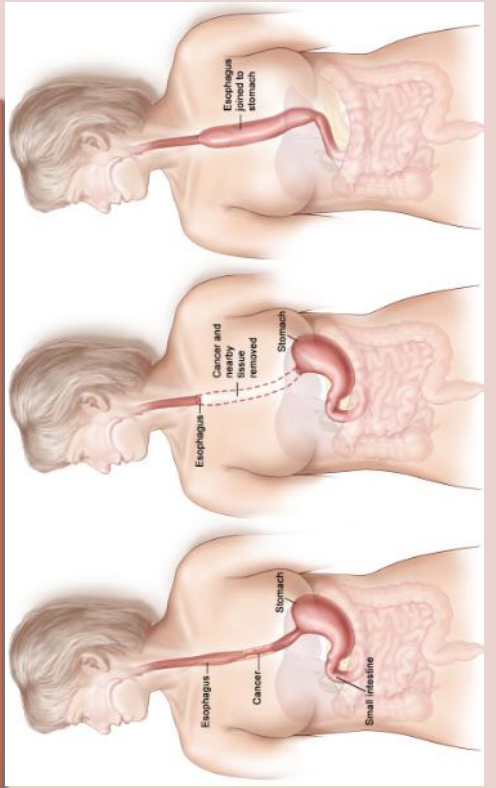
- Dispepsia
- Dor epigástrica
- Sensação de queimadura no estômago
- Náuseas ligeiras
- Perda de peso
- Fadiga e fraqueza
- Obstipação ou diarreia

CIRCUITO DO DOENTE A NÍVEL HOSPITALAR

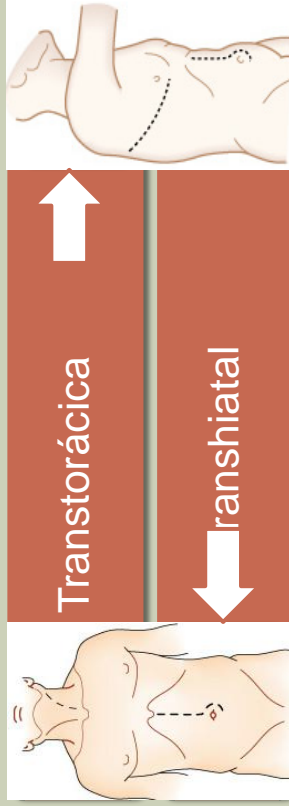


TIPOS DE CIRURGIA NEOPLASIA DO ESÓFAGO

Esofagectomia com esofagogastrostomia

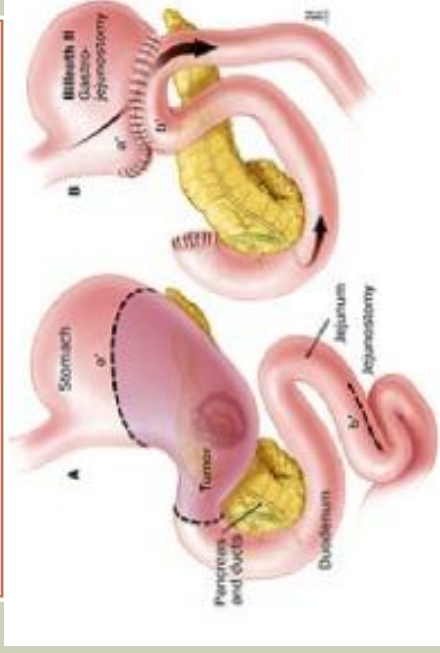


Esofagectomia com interposição do cólon

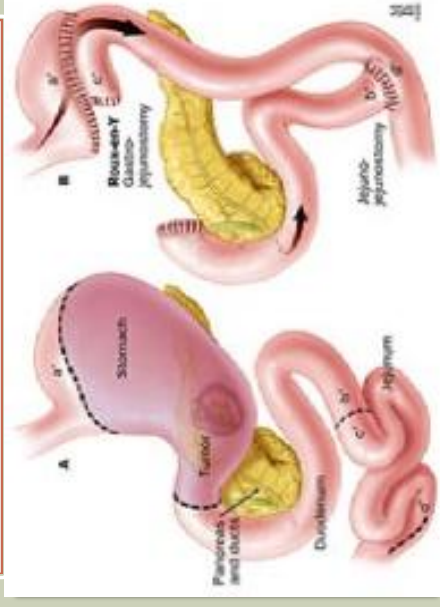


TIPOS DE CIRURGIA NEOPLASIA DO ESTÔMAGO

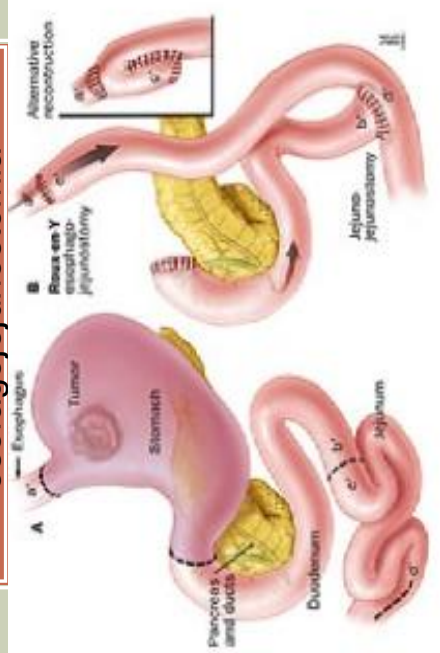
Gastrectomia parcial



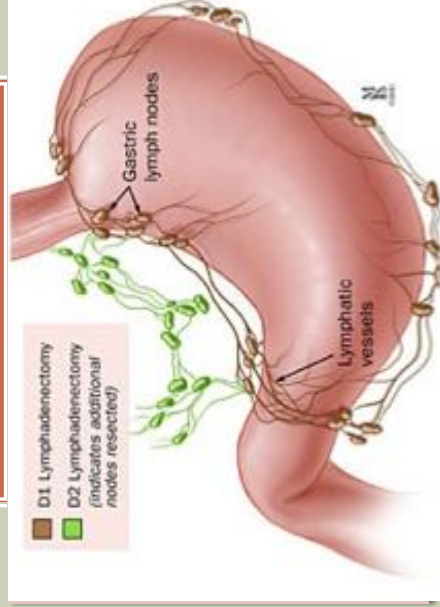
Gastrectomia sub-total



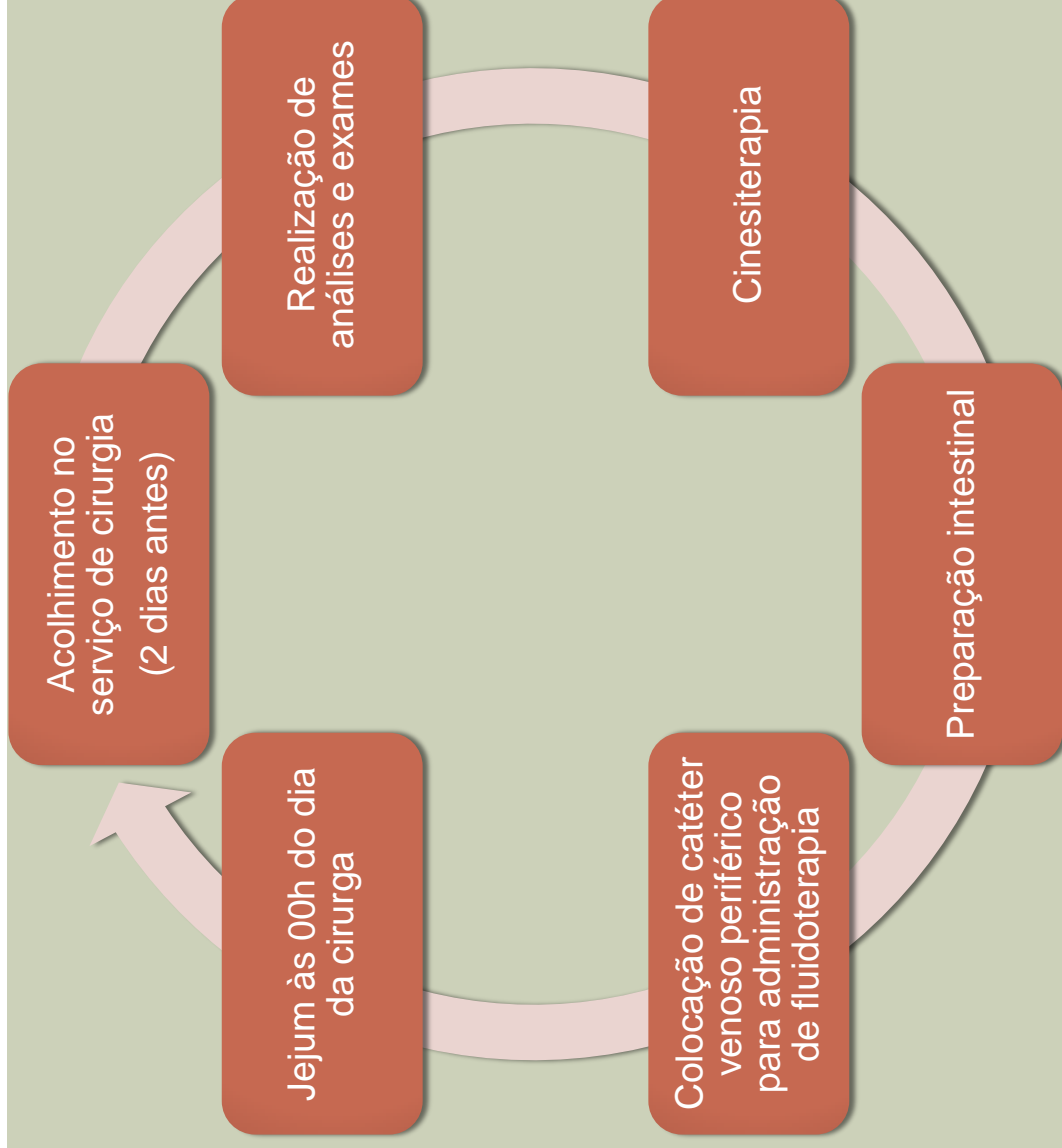
Gastrectomia total com
esofagojejunostomia



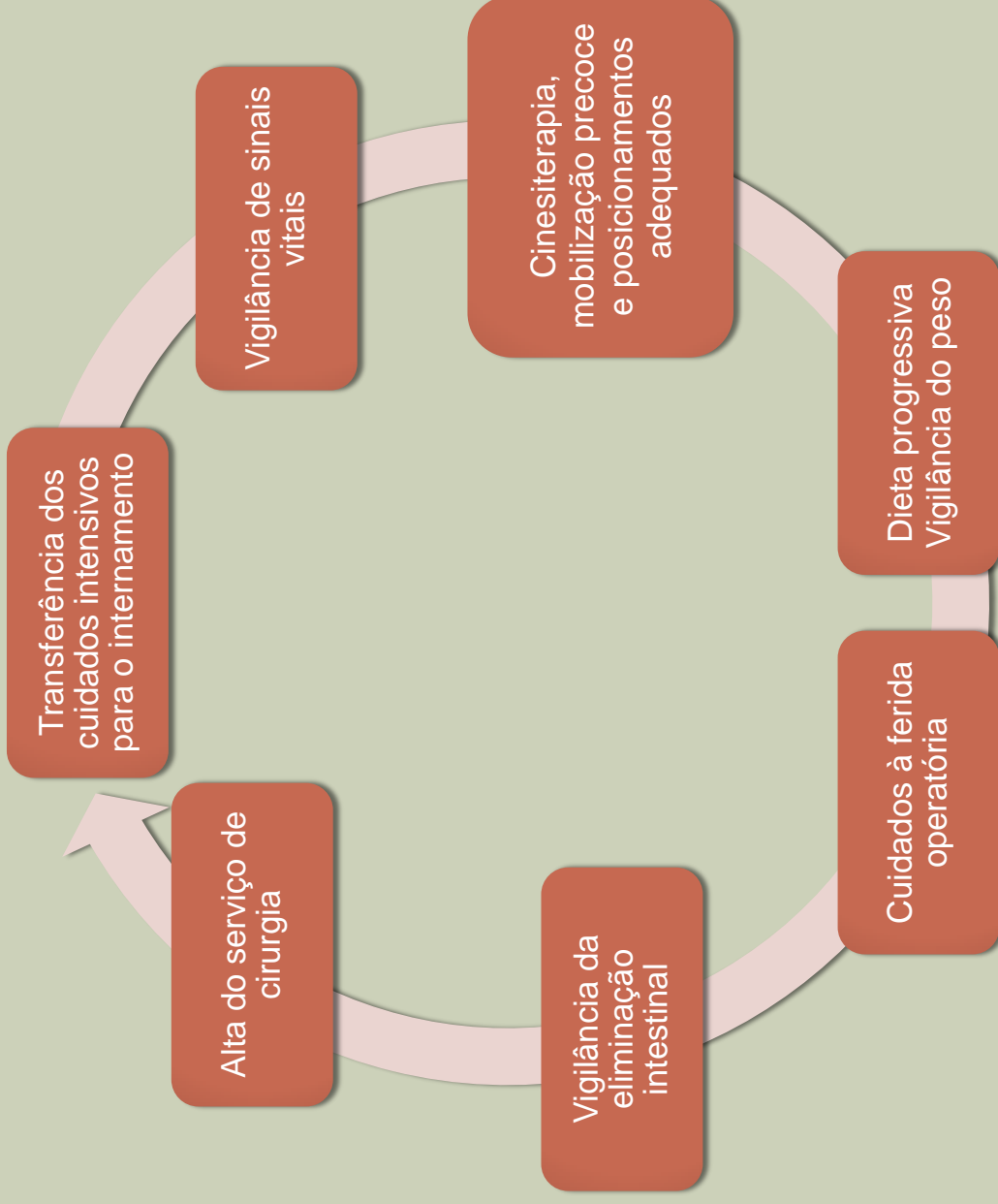
Linfadenectomia



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO

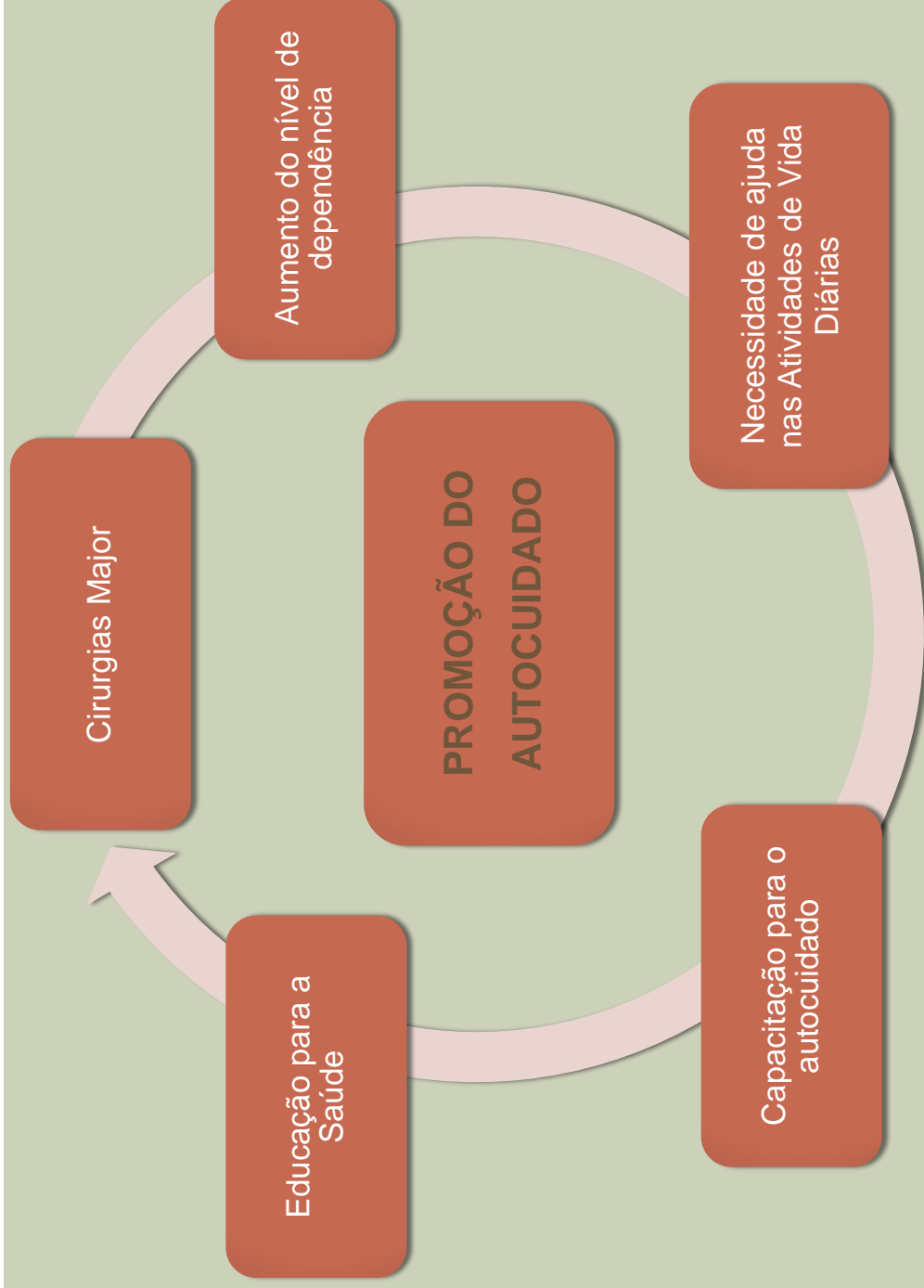


CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO



TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO

DOROTHEA OREM



ARTICULAÇÃO ENTRE A CONSULTA EXTERNA E O SERVIÇO DE CIRURGIA

Informações à pessoa proposta para cirurgia esofágica

DEPOIS DA CIRURGIA

- Depois da cirurgia irá para uma unidade de cuidados intensivos, onde terá uma vigilância mais apertada
- Irá sentir um tubo no nariz (sonda), vai estar algaliado e ter pensos e drenos
- Será transferido para a enfermaria assim que o seu médico der indicação
- Vai-se levantar pela primeira vez com a ajuda dos enfermeiros
- Enquanto tiver a sonda só vai poder molhar os lábios, mas depois desta ser retirada irá iniciar dieta progressiva, começando por beber água e chá
- Deverá fazer os exercícios respiratórios que lhe foram ensinados previamente

O QUE DEVE LEVAR QUANDO FOR INTERNADO?

- Exames que tenha realizado
- Medicação habitual
- Pode levar ainda:
 - Objetos de higiene pessoal
 - Prótese dentária
 - Pijama e chinelos
 - Outros (o serviço de cirurgia não se responsabiliza pela perda de objetos de valor)

Informações à pessoa proposta para cirurgia esofágica

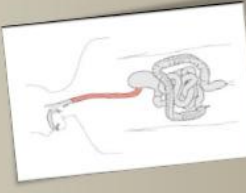
Consultas Externas

EM CASO DE NECESSIDADE PODE CONTACTAR-NOS

- Ent.ª X: 98x xxx xxx
- Ent.ª X: 98x xxx xxx
- Ent.ª X: 98x xxx xxx
- Ent.ª X: 98x xxx xxx
- Ent.ª X: 98x xxx xxx

ESÓFAGO

O esófago faz parte do Sistema Digestivo, estando localizado a nível do tórax e tendo cerca de 25cm de comprimento.



DESCOBRIR QUE TINHA UM PROBLEMA NO ESÓFAGO

Se o seu médico o informou que tem um problema no esófago e que necessita de ser operado, ajudamo-lo a si e à sua família a esclarecer algumas dúvidas.

DOIS DIAS ANTES DA CIRURGIA

- Será internado no serviço de cirurgia
- Realizará alguns exames

NA VÉSPERA DA CIRURGIA

- Ião ensinã-lo a fazer exercícios respiratórios
- Irá realizar uma limpeza ao intestino

NO DIA DA CIRURGIA

- Fica em jejum a partir da meia noite
- De manhã toma banho com uma solução desinfetante
- Vai vestir o pijama do hospital, sem roupa interior
- Calça umas meias elásticas (fornecidas pelo hospital)
- Retira todos os objetos pessoais (brincos, pulseiras, fios) e guardá-los
- Retira todas as próteses (dentárias, auditivas, ...)
- Ião levá-lo ao bloco operatório
- O médico anestesiasta vai fazer-lhe algumas perguntas

A CIRURGIA

- Será operado com anestesia geral, ou seja, vai estar a "dormir"

ARTICULAÇÃO ENTRE A CONSULTA EXTERNA E O SERVIÇO DE CIRURGIA

Informações à pessoa proposta para cirurgia gástrica



BIBLIOGRAFIA

1. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2011). *Linhas de Consenso – Doente com Cancro do estômago*. Porto: AEOP.
2. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2012). *Linhas de Consenso – Doente com Cancro do esófago*. Porto: AEOP.
3. Coelho, R. (2009). *Adenocarcinoma do esófago: abordagem diagnóstica e papel da cirurgia no tratamento*. Universidade do Porto. Artigo de revisão bibliográfica. Porto.
4. Monteiro, N.; Araújo, D.; Bassetti-Soares, E.; Vieira, J.; Santos, M.; Júnior, P.; Delgado, T. (2009). Câncer do Esôfago: Perfil das manifestações Clínicas, Histologia, Localização e Comportamento Metastático em Pacientes Submetidos a Tratamento Oncológico em um Centro de Referência em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(1), pp. 27-32.
5. Orem, D. (2001). Nursing: concepts of practice. St. Louis: Mosby.
6. Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica (vol. III). Loures: Lusociências.

Apêndice VIII
Jornal de Aprendizagem

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Um dos principais problemas de saúde que afeta os seres humanos no século XXI são as doenças oncológicas, que persistem, recidivam e requerem cuidados por longos períodos.

Os cuidados paliativos surgiram com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença oncológica avançada, sendo definidos por Twycross (2003, p.16) como “cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não respondendo aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”.

“A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas – não só físicos – que determinam sofrimento de intensidade diferente para aqueles que a vivem. A resposta a estes problemas, a este sofrimento, nos seus diferentes cambiantes, passa por uma intervenção técnica rigorosa e activa, passa pelos cuidados paliativos.”
(Neto, 2010, p.7)

Tento em vista o objetivo específico previsto para este local de ensino clínico, de participar na prestação de cuidados da pessoa com doença oncológica, pretendia desenvolver como atividades o acompanhamento da equipa de enfermagem da Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos (UDCP) e a identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidadores informais no domicílio.

Para que fosse possível atingir este objetivo, foram elaboradas notas de campo durante os nove turnos realizados, retirando delas as necessidades identificadas pelas pessoas com doença oncológica e seus cuidadores e o nível de autonomia das mesmas no domicílio.

Este local de ensino clínico, como equipa de cuidados paliativos domiciliários, “presta cuidados a doentes, que deles necessitam, na sua casa assim como apoiam os seus familiares e cuidadores dos doentes” (Capelas, 2014).

A **comunicação** é um dos instrumentos básicos da profissão de enfermagem e também muito importante na área dos cuidados paliativos. Durante todas as visitas domiciliárias que realizei na UDCP, a comunicação

foi, sem dúvida, a necessidade que as pessoas com doença oncológica e seus cuidadores/familiares mais manifestam. Esta “implica a adaptação a uma realidade em constante mudança – com avanços, retrocessos, significados, envolvendo o doente, a família e a equipa de cuidados paliativos, capaz de nos conduzir a uma relação interpessoal autêntica ...” (Querido, Salazar & Neto, 2010, p.462).

A pessoa com doença oncológica e seu cuidador/familiar sentem a necessidade de comunicar acerca da sua doença, nomeadamente referindo o que os incomoda ou preocupa e colocando questões acerca dos tratamentos que estão/vão realizar, dos resultados de análises ou exames complementares de diagnóstico e sobre a evolução da doença. “Por esta razão, comunicar eficazmente constitui uma necessidade básica na atenção ao doente/família em cuidados paliativos” (Querido, Salazar & Neto, 2010, p.462).

Cabe ao enfermeiro saber gerir as expetativas da pessoa doente e seu cuidador/familiar. Segundo Querido (2005), para a maioria das pessoas, a palavra cancro pode ser interpretada e vivida de diferentes formas, tendo cada ser humano uma reacção emocional específica. Assim, a gestão de expetativas é vivenciada pela pessoa doente de acordo com a sua perceção da evolução da doença e da eficácia do tratamento, representando este, a maioria das vezes, um sinal de esperança perante a cura.

Durantes as visitas domiciliárias as pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares fizeram questões como:

- “*O meu filho quer que passemos o Natal em casa dele, perto de Loures, mas dia 23 tenho de ir levar a injeção e eles têm de estar a minha espera...*” (J.T., 74 anos)
- “*Enfermeira, sabe se as análises que me colheu no outro dia estavam bem?*” (S.C., 69 anos)
- “*O que é que deu aquele exame aos ossos que fiz a semana passada, já sabe?*” (C.C., 76 anos)
- “*Quando é que eu vou começar a fazer quimioterapia? É que faço anos sexta-feira e já o ano passado por esta altura estava a realizar tratamentos...*” (C.A., 61 anos)

Dar más notícias é também uma área da comunicação importante em cuidados paliativos. Uma má notícia é uma informação que modifica drasticamente, de forma negativa, o futuro da pessoa (Twycross, 2003; Querido, Salazar & Neto, 2010). A má notícia não tem necessariamente a ver com a comunicação do diagnóstico ou prognóstico da doença, podendo ser a realização de tratamentos ou o impedimento de realizar alguma atividade que dê prazer à pessoa doente.

Durante as visitas domiciliárias, a pessoa doente ou o cuidador/familiar receberam diversos tipos de más notícias, tais como:

- *“Senhor, C.C., o resultado da cintigrafia óssea que realizou recentemente mostram que a doença já está a atingir alguns ossos, daí ter tido dores na região lombar nas últimas semanas. Vamos ver se será possível realizar radioterapia para não ter tantas dores...”*
- *“T., se calhar estás com uma infeção urinária outra vez, vais ter de fazer uma colheita de urina ...”*
- *“Acho a sua irmã mais emagrecida, menos comunicativa e mais confusa!”*
- *“Dona S.C., vamos ter de a algaliar novamente, pois esta algália já não se encontra permeável.”*
- *“Se calhar vai ter de realizar mais uns ciclos de quimioterapia...”*

“Dar más notícias provoca habitualmente perturbações tanto ao doente como à pessoa que as dá. É necessário estar preparado para enfrentar uma reacção emocional intensa ...” (Twycross, 2003)

“O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. Por isso, no âmbito dos Cuidados Paliativos, endente-se que uma comunicação efectiva com os doentes, suas famílias e quem está envolvido nos seus cuidados, é um componente essencial da assistência” (Querido, Salazar & Neto, 2010, p.463).

O facto de a equipa de enfermagem se manter contactável via telefónica durante todos os dias do ano, das 8h às 16h, faz com que as pessoas doentes e cuidadores/familiares se sintam à vontade para ligar e esclarecer qualquer dúvida necessária fora do período de visita domiciliária.

O **controlo de sintomas** é também uma área fulcral em cuidados paliativos, sendo considerado por Neto (2010) como um dos instrumentos

básicos nesta área. De facto, uma das necessidades que os doentes e cuidadores/familiares que são cuidados pela UDCP requerem é o controlo de sintomas, sendo que os mais observados foram: a dor, as náuseas e vómitos, a fadiga, a anorexia, a obstipação e a sonolência.

Segundo Neto (2010), a avaliação dos sintomas e o seu controlo é algo muito complexo, regido por princípios gerais, tais como: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas à pessoa doente e seu cuidador/familiar; não esperar que a pessoa se queixe; adotar estratégias terapêuticas mistas, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas; e monitorizar os sintomas, através da utilização de instrumentos e registos adequados.

A maioria dos sintomas têm, efetivamente estratégias de controlo não farmacológicas, as quais foram transmitidas às pessoas doentes e seus cuidadores/familiares, como por exemplo: uso de almofadas em regiões do corpo específicas, de forma a aliviar a dor; massagem com creme hidratante em zonas em que a pessoa sente mais desconforto; permanecer mais tempo sentado ou em pé a seguir às refeições, de forma a não ficar nauseado; ingerir alimentos ricos em fibras, prevenindo a obstipação; ...

No entanto, a maioria dos sintomas é controlado através de medicação, sendo a gestão do regime terapêutico e o acesso à medicação mais duas das necessidades encontradas nestas pessoas com doença oncológica e seus cuidadores/familiares.

Praticamente em todas as visitas domiciliárias realizadas houve necessidade de realizar um ajuste na terapêutica, nomeadamente analgésica. Segundo Pereira (2010, p.69) “a dor é uma complicação frequente e com elevado impacto na vida dos doentes com cancro. ... entre 65% e 85% dos doentes com cancro avançado irão sentir dor. Dois terços deste doentes classificam a dor entre moderada a intensa.”

As pessoas com doença oncológica observadas referiam ter tido dores que não cediam à analgesia de horário, sendo por vezes a dosagem em SOS também insuficiente. Nestes casos, se a médica da UDCP tivesse ido à visita domiciliária realizava as alterações necessárias presencialmente, caso contrário, a enfermeira falava com a médica, que dava essa indicação via telefónica. O objetivo major é a pessoa não ter dor, sendo muitas vezes

necessário por parte da equipa de enfermagem verificar como o doente toma a medicação ou como o cuidador/familiar a dá à pessoa doente, pois verificam-se ocasionalmente equívocos na administração de terapêutica, provocando episódios de dor não controlada.

A capacitação do doente e seu cuidador/familiar é, então de extrema importância, promovendo a adesão à terapêutica, utilizando estratégias diferentes para cada situação específica. Assim, o contacto de proximidade entre a equipa , a pessoa doente e seu cuidador/familiar tornam-se cruciais em todo este processo (Capelas, 2014).

O acesso à medicação é uma dificuldade sentida por algumas destas pessoas à qual são prestados cuidados no domicílio, devido aos fracos recursos económicos. Nesses casos a Assistente Social é chamada a intervir e os medicamentos são fornecidos de forma gratuita. O doente oncológico ou cuidador/familiar alerta para o facto de já não ter determinada medicação e na próxima visita domiciliária a equipa de enfermagem fornece os medicamentos em falta.

A doença oncológica não atinge somente a pessoa que a possui, mas também todos o que a rodeiam, nomeadamente a família, havendo frequentemente alterações de papéis sociais.

“O impacto da doença terminal no ambiente familiar depende da personalidade e circunstâncias pessoais do doente, da natureza e qualidade das relações familiares, das reações do doente e da família a perdas anteriores, da estrutura prévia da família e do movimento evolutivo, da qualidade da habitação e do apoio da comunidade” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p.753)

Cuidar de um familiar com doença oncológica no domicílio é uma tarefa árdua e, ao mesmo tempo, um desafio, pois vai haver um confronto dos familiares perante situações específicas que não estão habituados a lidar e, por isso, exigem deles um esforço suplementar. “Para muitas famílias este é um momento pelo qual nunca passaram e, por esse motivo, gerador de angustias face ao desconhecido” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p.756) Deve, assim, existir uma boa relação entre o familiar e a pessoa cuidada.

Cabe à equipa da UDCP uma **avaliação constante da família e das condições habitacionais**, sendo esta realizada pela primeira vez na consulta de acolhimento, para perceber se existem condições para cuidar de

um familiar doente nesta fase da sua vida. “A avaliação das condições da família para a prestação de cuidados deve ser feita periodicamente uma vez que as circunstâncias vão sofrendo alterações ao longo de todo o processo” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p.756)

As pessoas com doença oncológicas acompanhadas atualmente pela UDCP, possuem na sua grande maioria cuidadores informais (61,5%), seguindo-se as pessoas com cuidadores informais e formais (23,1%) e por último somente com cuidadores formais (15,4%). Os cuidadores informais são em grande parte membros diretos da família (91%), nomeadamente filhos, nora, mãe, marido, mulher e irmã.

Sequeira (2007, p.97), define **cuidador informal** aquele que cuida do outro “de forma não antecipada e não remunerada”. Já os **cuidadores formais** são “executados por profissionais devidamente qualificados ...uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel, e estão interligados no âmbito de uma actividade profissional ...”.

Um estudo qualitativo realizado por Neves (2012) entre Novembro de 2005 e Setembro de 2006 em pessoas com doença oncológica acompanhadas pela Unidade de Assistência Domiciliário do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, mostra que há dificuldade por parte dos cuidadores informais em duas áreas distintas definidas pela autora como cuidados instrumentais e cuidados emocionais. Os cuidados instrumentais prendem-se com a identificação e monitorização de sintomas; gestão de medidas terapêuticas para alívio dos sintomas; e visualização do tratamento de feridas malignas. No que toca aos cuidados emocionais, estes subentendem a comunicação com a pessoa doente; a ocultação de emoções e a “conspiração do silêncio”.

Efetivamente, durante as visitas domiciliárias verificou-se por parte dos cuidadores informais dúvidas na gestão do regime terapêutico, nomeadamente quando eram introduzidos novos medicamentos ou havia alteração de dosagem dos mesmos, e na comunicação com a pessoa doente, aproveitando muitas vezes a ausência do mesmo para falar somente com a equipa médica e de enfermagem.

Nos cuidadores informais que passam a maior parte do dia junto ao seu familiar doente, e em situações em que há um nível de dependência do

mesmo nas atividades de vida, verificou-se cansaço por parte dos cuidadores. Num caso concreto, a cuidadora informal (cuidadora principal) ausentou-se por uns dias, deixando a cargo a pessoa de quem cuida a outro familiar.

A prestação de cuidados prolongada a um familiar dependente acarreta custos físicos, psíquicos, sociais e financeiros, podendo a longo prazo levar à exaustão do cuidador.

“A equipa de saúde pode apoiar os esforços adaptativos positivos da família e intervir manifestando interesse e preocupação genuínos com os seus problemas e com o seu cansaço físico e psicológico, proporcionando a oportunidade para verbalizar dúvidas e escutando-os atentamente. O tempo despendido no ensino aos cuidadores pode também constituir uma oportunidade para a prestação de apoio moral e social,. Bem como para facilitar a comunicação” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p.757)

Quanto ao **nível de autonomia** das pessoas com doença oncológica às quais a UDCP presta cuidados no domicílio, cerca de 53,8% destas demonstra-se independente na maioria das atividades de vida diárias, necessitando somente de ajuda parcial para a realização do seu autocuidado.

A Teoria do Défice de Auto-Cuidado, de Dorothea Orem torna-se, assim, pertinente na avaliação dos níveis de dependência nas atividades de vida das pessoas com doença oncológica. Esta teórica de enfermagem defende que existem limitações associadas ao processo de doença vivenciado pela pessoa e cuidador/familiar, levando a uma incapacidade completa ou parcial para a prestação contínua de cuidados (Tomey & Alligood, 2004).

Durante este ensino clínico, as atividades de vida em que as pessoas cuidadas estavam mais dependentes no domicílio eram a realização dos cuidados de higiene, o vestir e despir, a mobilização e o trabalho e lazer. A EED promovia o autocuidado nas pessoas com doença oncológica através da motivação para a realização das atividades de vida em que se sentiam mais dependentes e dava reforços positivos quando os resultados eram alcançados. Quando a pessoa com doença oncológica não era, de todo, capaz de realizar as atividades de vida de forma autónoma, a EED instruía o

cuidador a fazê-lo, através da educação para a saúde, muitas vezes supervisionando e ajudando nalguns casos pontuais.

“Os cuidados paliativos consideram-se, hoje em dia, um direito humano. Neste ponto de vista a implementação dos mesmos deve obedecer a uma estratégia e não a uma desordenada pulverização de recursos. Qualquer estratégia tem como ponto de partida uma avaliação das necessidades” (Capelas, 2009, p.51).

A avaliação das necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidador/família devem resultar sempre do trabalho de uma equipa multidisciplinar, tendo esta uma abordagem holística e desempenhando cada membro da equipa um papel específico dentro da mesma (Sapeta, 2011).

Para que seja possível uma avaliação das necessidades das pessoas necessitadas de cuidados paliativos, há que conhecê-las. Para tal, os estudos de caso, enquanto estratégia de investigação empírica, permitem estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real, sendo a sua compreensão que lhes confere a particularidade, permitindo assim a incorporação de múltiplas fontes de evidência e de dados qualitativos e quantitativos (Grilo & Mendes, 2012).

“Numa altura em que as instituições prestadoras de cuidados de saúde estão sob grande pressão para o controlo de custos, os cuidados o doente em fim de vida não fogem a essa pressão. Neste sentido, é fundamental uma reflexão sobre a qualidade dos cuidados para que sejam disponibilizados os cuidados necessários e adequados que proporcionem o atingimento do objetivo primordial dos cuidados paliativos: a promoção da qualidade de vida.” (Capelas, 2014, p.89)

Foi neste sentido que realizei este ensino clínico na UDCP, de forma a adquirir os conhecimentos mais atuais na área dos cuidados paliativos, na vertente domiciliária, tendo a oportunidade de participar nos mesmos, garantindo uma melhoria da qualidade de vida nos doentes oncológicos na fase paliativa e seus cuidadores/famíliares.

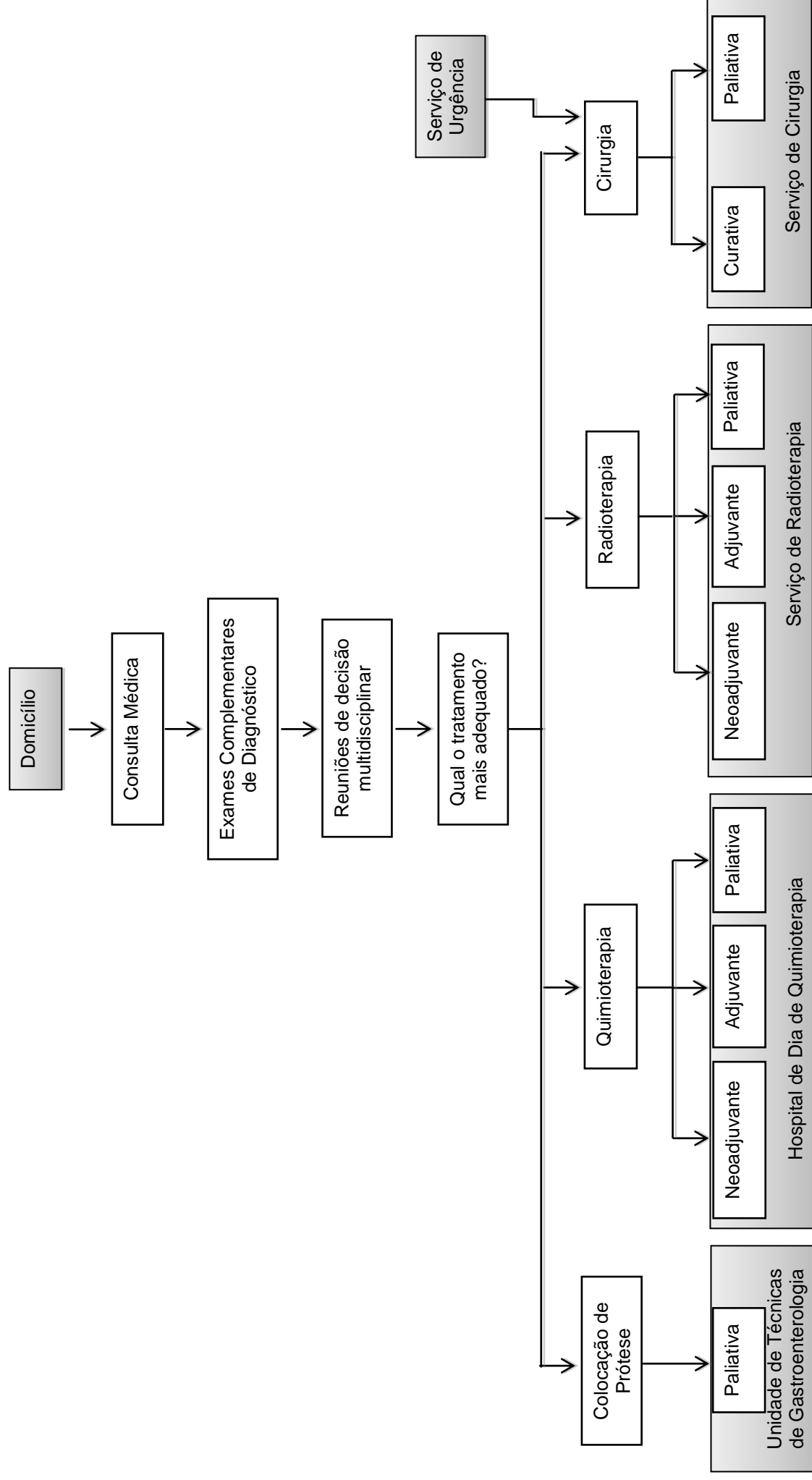
Bibliografia

1. Capelas, M. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos da Saúde*, 2(1): 51-57;
2. Capelas, M. (2014). *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora: Lisboa;
3. Grilo, E.; Mendes, F. (2012). O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem. In *3º Congresso de Investigação Ibero-Americana de Países de Língua Oficial Portuguesa*, Coimbra, 12-15 Julho. Coimbra;
4. Guarda, H.; Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010) Apoio à Família. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (751-772). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa;
5. Neto, I. (2010) Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (1-42). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa;
6. Neves, S. (2012) Impacto no cuidador principal do cuidado ao doente paliativo no domicílio. In: Barbosa, A. *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (105-127). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa;
7. Pereira, J. (2010) Gestão da dor oncológica. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (69-126). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa;
8. Querido, A. (2005). A esperança em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa;
9. Querido, A.; Salazar, H. & Neto, I. (2010) Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (461-486). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Lisboa;
10. Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro- -doente*. Lusociência: Loures;
11. Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto;
12. Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra -Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.) Lusociência: Loures;
13. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores: Lisboa.

Apêndice IX

Fluxograma das intervenções terapêuticas à pessoa com doença oncológica
esofago-gástrica

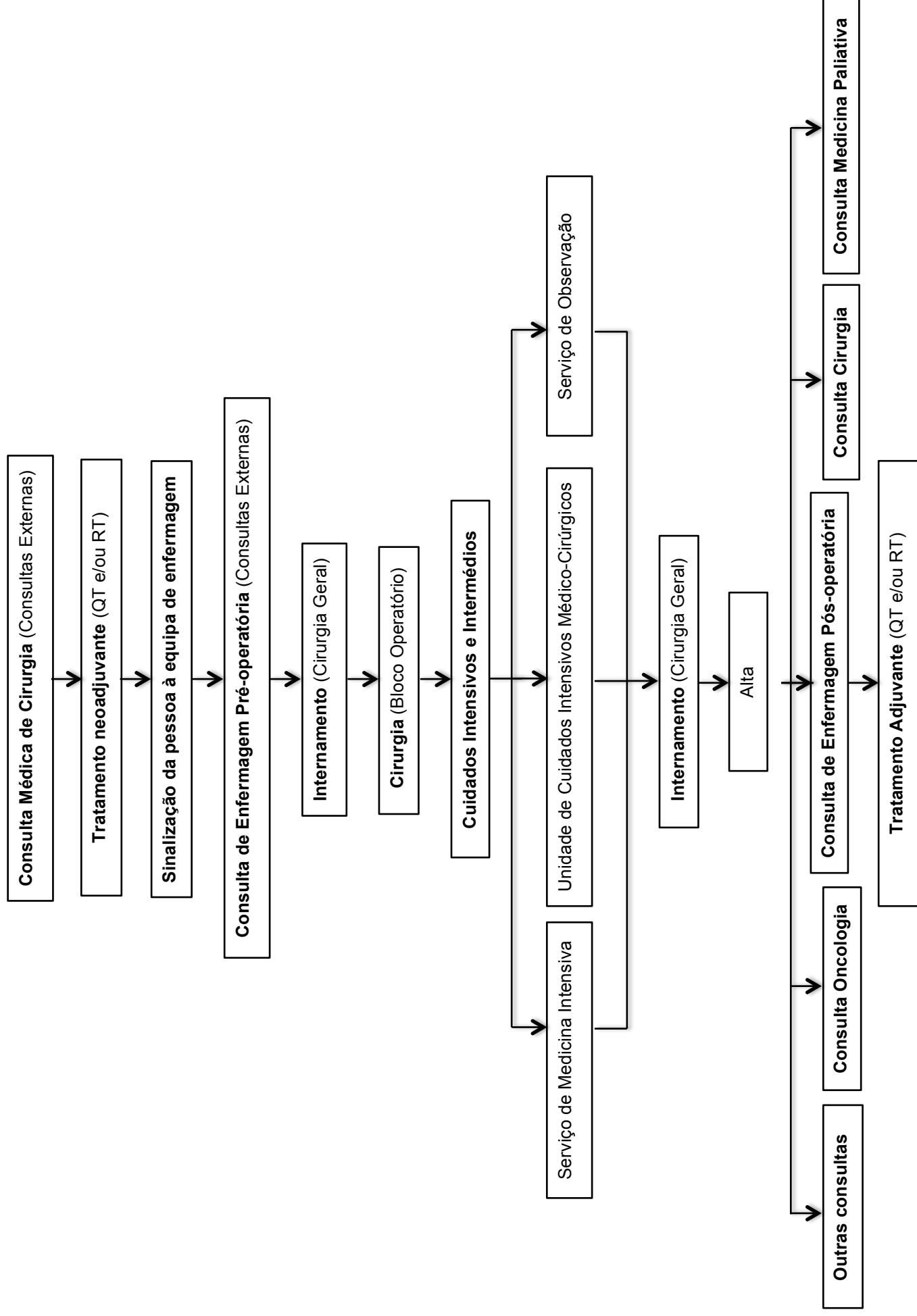
INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS ÀS PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA SUBMETIDAS A CIRURGIA NO
HOSPITAL



Apêndice X

Fluxograma do protocolo de intervenção à pessoa com doença oncológica
esofago-gástrica submetida a cirurgia

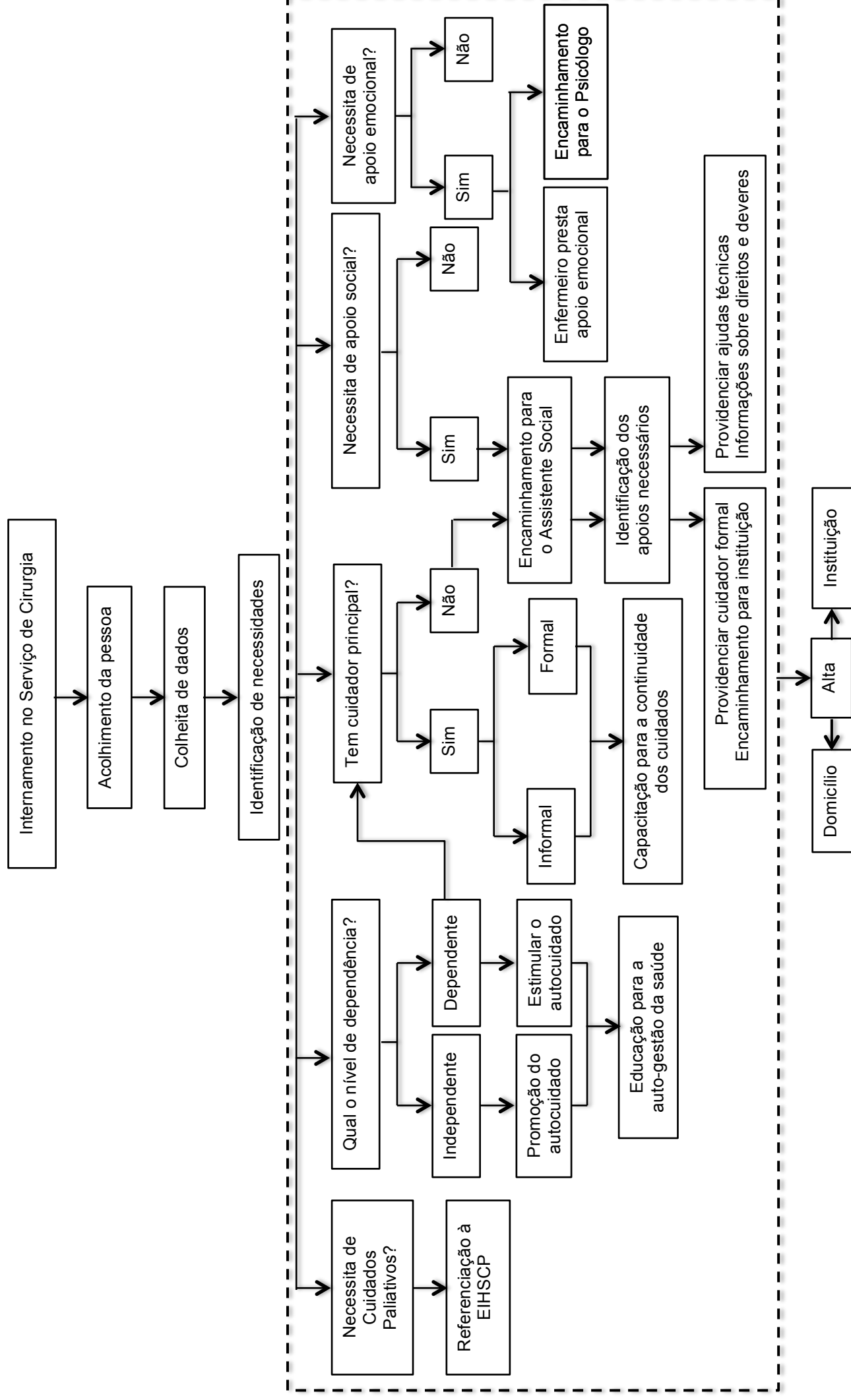
PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA SUBMETIDAS A CIRURGIA



Apêndice XI

Fluxograma do planeamento da alta à pessoa com doença oncológica esofago-gástrica submetida a cirurgia

PLANEAMENTO DA ALTA DAS PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA ESÓFAGO-GÁSTRICA SUBMETIDAS A CIRURGIA



Apêndice XII

Checklist de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofágica

Checklist de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofágica

Cuidador Principal

Formal ☐ Informal ☐

Nome: _____ Parentesco: _____

Instituição: _____ Contacto: _____

Morada: _____

Reside com: _____ Destino pós-alta: _____

Centro de Saúde: _____

vinheta

Internamento atual

Data de entrada: ____/____/____ Diagnóstico Médico: _____

Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

Avaliação do peso

Antes da cirurgia Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Pós-operatório Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Dia da alta Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Progressão na dieta

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Intercorrências relevantes

Data: ____/____/____ _____

Data: ____/____/____ _____

Data: ____/____/____ _____

Data: ____/____/____ _____

Educação para a auto-gestão da saúde

Mobilização

Importância do levantar e mobilizações no pós-operatório

Doente
☐ ____/____/____

Cuidador
☐ ____/____/____

Permanência da cabeceira a 45°

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Ensinar a levantar-se e deitar-se corretamente

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Evitar esforços até 3 meses após a cirurgia

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Alimentação

Dieta progressiva

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Alimentos a evitar

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Polifracionamento das refeições

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Ingestão de líquidos fora das refeições principais

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Respiração

Manter uma respiração eficaz (cinesiterapia)

Contenção da sutura quando tosse

Doente

Cuidador

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Sintomas frequentes

Enfartamento pós-prandial

Síndrome de *Dumping*

Diarreia

Disfagia

Rouquidão (nas esofagectomias com abordagem transhiatal)

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Prevenção da infeção

Não molhar penso operatório

Se a sutura estiver a descoberto, observar sinais de infeção

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Sinais e sintomas de alerta

Vómitos incontroláveis

Dores persistentes

Febre

Infeção da sutura/cicatriz

Disfagia a líquidos e/ou sólidos

Onde recorrer se tiver algum dos sinais/sintomas acima descritos

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidados com dispositivo de alimentação

Tipo de dispositivo: Sonda nasोजeunal ☐ Jejunostomia ☐ Não se aplica ☐

Testar permeabilidade do dispositivo

Como agir em caso de obstrução do dispositivo

Alimentos adequados e a evitar

Importância do reforço hídrico

Demonstrar técnica de administração de alimentação e água

Treinar a pessoa na administração de alimentação e água

Como proceder em caso de exteriorização do dispositivo

Fixação do dispositivo

☐ Não se aplica

Avaliação da pele circundante

☐ Não se aplica

Cuidados com o penso

☐ Não se aplica

Vestuário aconselhado

☐ Não se aplica

Administração de terapêutica pelo dispositivo

☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Continuidade de cuidados após a alta

Fornecer folheto informativo

Entregar carta de alta de enfermagem

Articular com outros profissionais de saúde

Articular com outros serviços de saúde

☐ Não se aplica

☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Data da alta: ____/____/____

Saiu acompanhado com: _____

Apêndice XIII

Checklist de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica
submetidas a cirurgia gástrica

Checklist de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia gástrica

Cuidador Principal

Formal ☐ Informal ☐

Nome: _____ Parentesco: _____

Instituição: _____ Contacto: _____

Morada: _____

Reside com: _____ Destino pós-alta: _____

Centro de Saúde: _____

vinheta

Internamento atual

Data de entrada: ____/____/____ Diagnóstico Médico: _____

Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

Avaliação do peso

Antes da cirurgia Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Pós-operatório Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Dia da alta Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Progressão na dieta

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Intercorrências relevantes

Data: ____/____/____ _____

Data: ____/____/____ _____

Data: ____/____/____ _____

Data: ____/____/____ _____

Educação para a auto-gestão da saúde

Mobilização

Importância do levantar e mobilizações no pós-operatório

Doente	Cuidador
<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____

Permanência da cabeceira a 45°

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Ensinar a levantar-se e deitar-se corretamente

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Evitar esforços até 3 meses após a cirurgia

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Alimentação

Dieta progressiva

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Alimentos a evitar

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Polifracionamento das refeições

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Ingestão de líquidos fora das refeições principais

<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/> ____/____/____
---	---

Respiração

Manter uma respiração eficaz (cinesiterapia)

Contenção da sutura quando tosse

Doente

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidador

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Sintomas frequentes

Enfartamento pós-prandial

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Síndrome de *Dumping*

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Diarreia

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Prevenção da infeção

Não molhar penso operatório

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Se a sutura estiver a descoberto, observar sinais de infeção

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Sinais e sintomas de alerta

Vómitos incontroláveis

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Dores persistentes

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Febre

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Infeção da sutura/cicatriz

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Onde recorrer se tiver algum dos sinais/sintomas acima descritos

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidados com dispositivo de alimentação

Tipo de dispositivo: Sonda nasojunal ☐ Jejunostomia ☐ Não se aplica ☐

Testar permeabilidade do dispositivo

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Como agir em caso de obstrução do dispositivo

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Alimentos adequados e a evitar

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Importância do reforço hídrico

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Demonstrar técnica de administração de alimentação e água

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Treinar a pessoa na administração de alimentação e água

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Como proceder em caso de exteriorização do dispositivo

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Fixação do dispositivo ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Avaliação da pele circundante ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidados com o penso ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Vestuário aconselhado ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Administração de terapêutica pelo dispositivo ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Continuidade de cuidados após a alta

Fornecer folheto informativo

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Entregar carta de alta de enfermagem

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Articular com outros profissionais de saúde ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Articular com outros serviços de saúde ☐ Não se aplica

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Data da alta: ____/____/____

Saiu acompanhado com: _____

Apêndice XIV

Folheto informativo acerca dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia
esofágica

Sinais e sintomas de alerta

- Vômitos incontroláveis
- Dores persistentes
- Febre
- Ferida cirúrgica vermelha ou a drenar líquido

Se tiver algum destes sinais ou sintomas deverá recorrer ao Centro de Saúde da sua área de residência ou ao Serviço de Urgência do Hospital [REDACTED].

Documentos que deve levar no dia da alta

- Carta de Alta do Médico Assistente
- Carta de Alta de Enfermagem
- Carta da Dietista
- Marcação da consulta médica de cirurgia
- Receitas dos medicamentos que deve tomar em casa
- Documentos necessários para apresentar no seu local de trabalho (se necessário)
- Exames, medicamentos e objetos pessoais que trouxe para o hospital quando foi internado

Em caso de dúvida contacte-nos

Caso surja alguma dúvida após ter alta, pode sempre contactar-nos através dos telefones:

[REDACTED]
[REDACTED]

Onde estamos

Hospital [REDACTED]

Serviço de Cirurgia Geral

Elevadores [REDACTED]

[REDACTED] piso

FUI OPERADO AO ESÓFAGO

Informações à pessoa submetida a cirurgia esofágica



Elaborado por
Enf.^a Sofia Guia

Quais os cuidados que deve ter após ter sido operado ao esófago?

No hospital...

Cuidados com a alimentação

Só vai poder alimentar-se após alguns dias da cirurgia, assim que o seu médico der indicação. Vai começar por ingerir água e chá e depois progressivamente dieta líquida e mole.

O que poderá sentir quando iniciar a alimentação?

- Dificuldade em engolir os alimentos
- Enfartamento
- Diarreia
- Cansaço, palpitações, suores, náuseas e vómitos

O que pode fazer para reduzir estes sintomas?

- Ingerir pequena quantidade de líquidos ou alimentos de cada vez
- Mastigar bem os alimentos
- Alimentar-se na posição de sentado e permanecer sentado ou em pé até uma hora depois das refeições

Cuidados com a respiração

- Poderá ter transitoriamente um dreno no pulmão
- Deverá fazer exercícios respiratórios, como inspirar pelo nariz e expirar pela boca
- Quando tossir, deve apoiar a sutura abdominal com as duas mãos

Cuidados com a mobilização

- Será ajudado quando se levantar pela primeira vez após a cirurgia e deverá estar o máximo de tempo sentado
- Deverá caminhar pelo serviço

Em casa...

Cuidados com a alimentação

- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia
- Ingerir líquidos fora das refeições
- Ingerir, preferencialmente, alimentos moles às refeições
- Evitar alimentos ácidos, picantes, bebidas alcoólicas e com cafeína

Cuidados com a respiração

- Não deve fumar

- Deve evitar locais com fumo

Cuidados com o peso corporal

- É possível que perca peso a seguir à cirurgia. Deverá pesar-se duas vezes por semana, preferencialmente na mesma balança, com a mesma roupa e à mesma hora do dia.

Cuidados com o penso/sutura

- Se ainda tiver pensos, estes deverão ser realizados no Centro de Saúde da sua área de residência
- Se for com as suturas ao ar, deve observá-las diariamente e se algo fora do normal acontecer (sutura vermelha ou a deitar líquido do seu interior) deve recorrer ao Centro de Saúde da sua área de residência ou Hospital.

Cuidados com a mobilização

- Deverá andar, retomando as suas atividades de vida diárias gradualmente
- Evitar pegar em pesos e fazer esforços até cerca de 2 a 3 meses após a cirurgia
- Se conduzir, só o deverá fazer 3 semanas após a cirurgia

Apêndice XV

Folheto informativo acerca dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia gástrica

Sinais e sintomas de alerta

- Vômitos incontroláveis
- Dores persistentes
- Febre
- Ferida cirúrgica vermelha ou a drenar líquido

Se tiver algum destes sinais ou sintomas deverá recorrer ao Centro de Saúde da sua área de residência ou ao Serviço de Urgência do Hospital [REDACTED].

Documentos que deve levar no dia da alta

- Carta de Alta do Médico Assistente
- Carta de Alta de Enfermagem
- Carta da Dietista
- Marcação da consulta médica de cirurgia
- Receitas dos medicamentos que deve tomar em casa
- Documentos necessários para apresentar no seu local de trabalho (se necessário)
- Exames, medicamentos e objetos pessoais que trouxe para o hospital quando foi internado

Em caso de dúvida contacte-nos

Caso surja alguma dúvida após ter alta, pode sempre contactar-nos através dos telefones:

[REDACTED]
[REDACTED]

Onde estamos

Hospital [REDACTED]

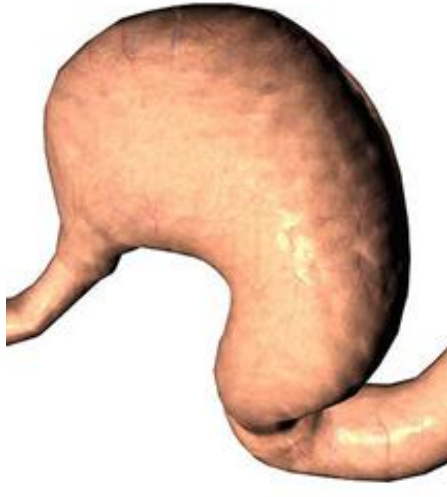
Serviço de Cirurgia Geral

Elevadores [REDACTED]

[REDACTED] piso

FUI OPERADO AO ESTÔMAGO

Informações à pessoa submetida a cirurgia gástrica



Elaborado por
Enf.^a Sofia Guida

Quais os cuidados que deve ter após ter sido operado ao estômago?

No hospital...

Cuidados com a alimentação

Só vai poder alimentar-se após alguns dias da cirurgia, assim que o seu médico der indicação. Vai começar por ingerir água e chá e depois progressivamente dieta líquida e mole.

O que poderá sentir quando iniciar a alimentação?

- Dificuldade em engolir os alimentos
- Enfartamento
- Diarreia
- Cansaço, palpitações, suores, náuseas e vómitos

O que pode fazer para reduzir estes sintomas?

- Ingerir pequena quantidade de líquidos ou alimentos de cada vez
- Mastigar bem os alimentos
- Alimentar-se na posição de sentado e permanecer sentado ou em pé até uma hora depois das refeições

Cuidados com a respiração

- Deverá fazer exercícios respiratórios, como inspirar pelo nariz e expirar pela boca
- Quando tossir, deve apoiar a sutura abdominal com as duas mãos

Cuidados com a mobilização

- Será ajudado quando se levantar pela primeira vez após a cirurgia e deverá estar o máximo de tempo sentado
- Deverá caminhar pelo serviço

Em casa...

Cuidados com a alimentação

- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia
- Ingerir líquidos fora das refeições
- Ingerir, preferencialmente, alimentos moles às refeições
- Evitar alimentos ácidos, picantes, bebidas alcoólicas e com cafeína

Cuidados com a respiração

- Não deve fumar

- Deve evitar locais com fumo

Cuidados com o peso corporal

- É possível que perca peso a seguir à cirurgia. Deverá pesar-se duas vezes por semana, preferencialmente na mesma balança, com a mesma roupa e à mesma hora do dia.

Cuidados com o penso/sutura

- Se ainda tiver penso, estes deverá ser realizado no Centro de Saúde da sua área de residência
- Se for com as suturas ao ar, deve observá-las diariamente e se algo fora do normal acontecer (sutura vermelha ou a deitar líquido do seu interior) deve recorrer ao Centro de Saúde da sua área de residência ou Hospital.

Cuidados com a mobilização

- Deverá andar, retomando as suas atividades de vida diárias gradualmente
- Evitar pegar em pesos e fazer esforços até cerca de 2 a 3 meses após a cirurgia
- Se conduzir, só o deverá fazer 3 semanas após a cirurgia

Apêndice XVI

Plano da Sessão de Formação realizada no Serviço de Cirurgia Geral

PLANO DE SESSÃO

Tema da sessão de formação: Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esófago-gástrica

Local: Serviço de Cirurgia Geral

Data: 5 de Fevereiro de 2015

Duração: 30 minutos

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral

Objetivo Geral: Capacitar os enfermeiros para a implementação do Projeto *Promoção do Autocuidado na Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia Esófago-Gástrica*

Objetivos Específicos:

- Que o formando seja capaz de:
 - Descrever os fatores de risco e sinais/sintomas das neoplasias esófago-gástricas;
 - Enumerar o circuito da pessoa com doença oncológica esófago-gástrica no Serviço de Cirurgia Geral
 - Nomear os cuidados de enfermagem inerentes às pessoas com doença oncológica esófago-gástrica submetidas a cirurgia;
 - Nomear os tipos de cirurgia a que as pessoas com doença oncológica esófago-gástrica são submetidas;

- Enumerar as ferramentas a utilizar no decorrer do desenvolvimento do projeto (fluxogramas, *checklist's* e folhetos).

Metodologia: método expositivo e participativo

Meios e Recursos:

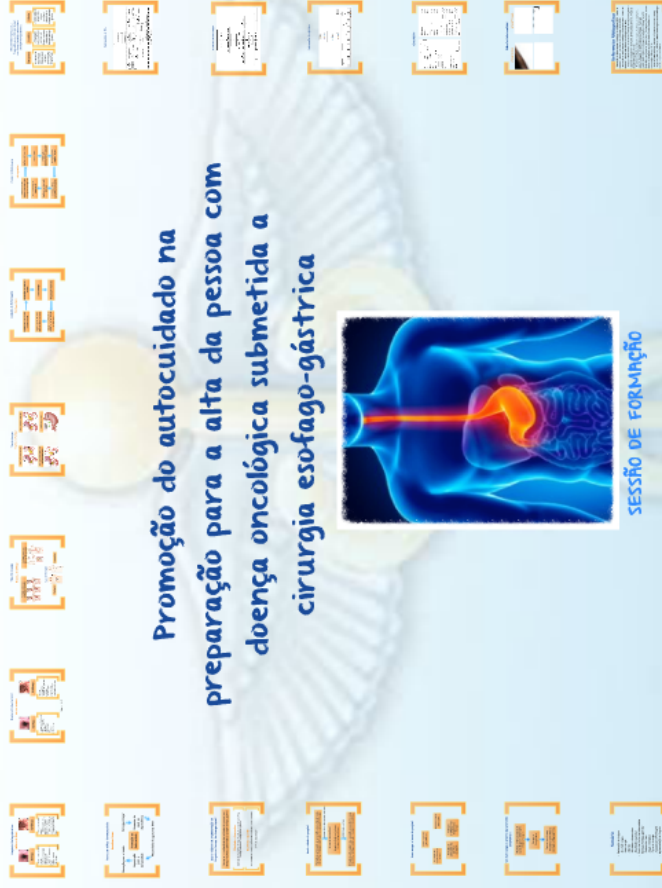
- Computador;
- Diapositivos;
- Fotocópias dos fluxogramas, *checklist's* e folhetos;
- Questionário de avaliação da formação.

Avaliação:

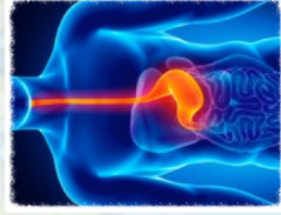
- Avaliação formativa, no decorrer da sessão de formação, através do interesse demonstrado pelos formandos, ao colocarem questões e responderem espontaneamente ao que lhes é perguntado;
- Aplicação de um questionário de avaliação da sessão de formação aos formandos, no final da mesma.

Apêndice XVII

Sessão de Formação realizada no Serviço de Cirurgia Geral



Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica



SESSÃO DE FORMAÇÃO

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Sofia Guia

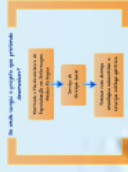
Aluna do 5º Curso de Mestrado e
Pós-Licenciatura de Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Área de Especialização em
Enfermagem Oncológica

Eunice Sá
Sra. Prof.a Orientadora

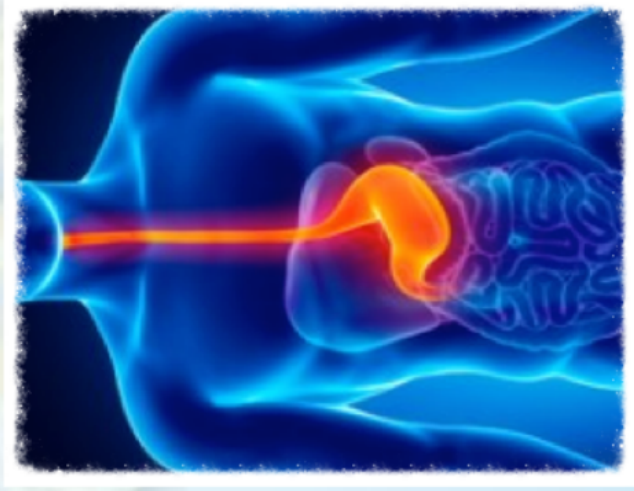


Prezi - Copyright © 2012 Prezi Inc.

5 de Fevereiro de 2015



Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica



SESSÃO DE FORMAÇÃO

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Eunice Sá
Sra. Prof.a Orientadora

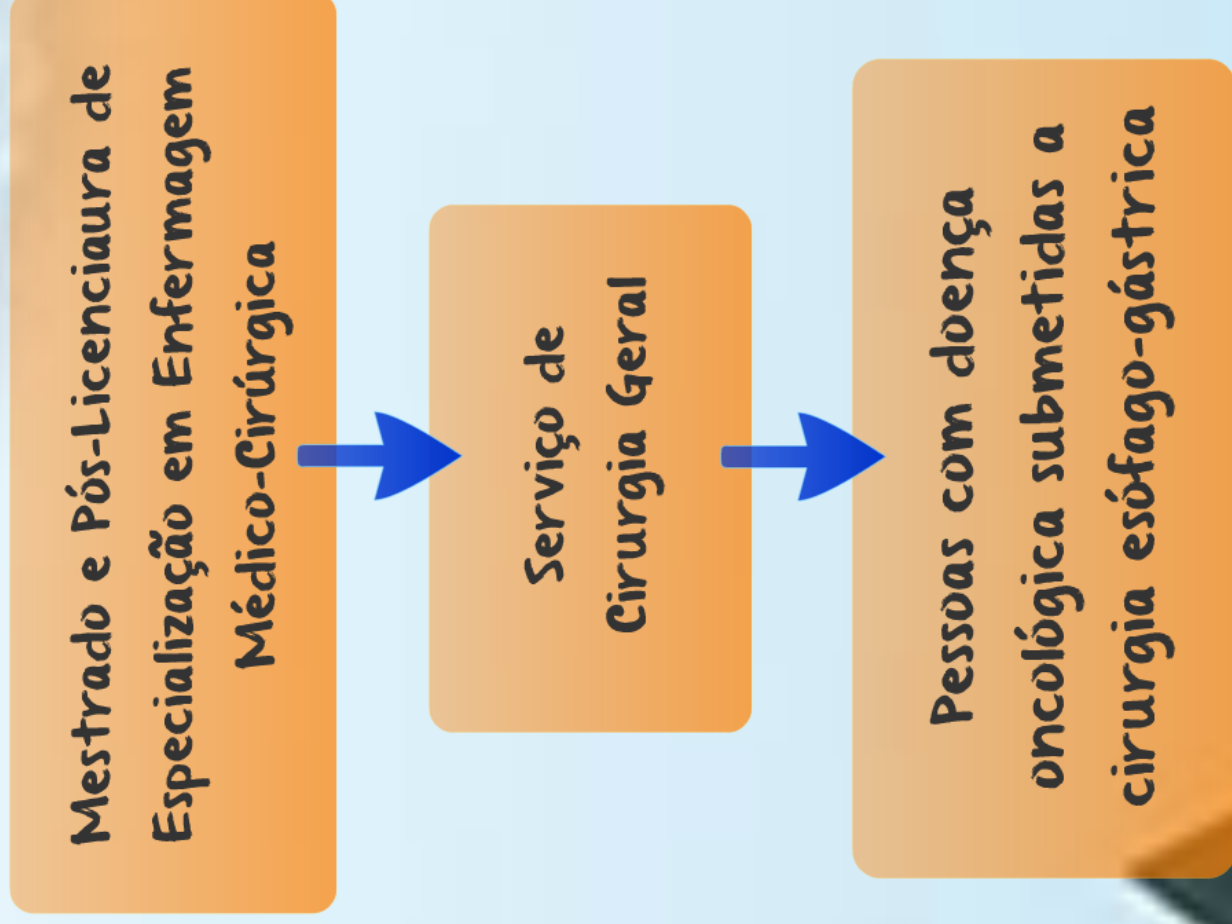
Sofia Guia

Aluna do 5o Curso de Mestrado e
Pós-Licenciatura de Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Área de Especialização em
Enfermagem Oncológica

Sumário

- Elaboração do Projeto:
 - . De onde surgiu
 - . Como surgiu
 - . Objetivo
 - . Atividade a desenvolver
 - . Resultados esperados
- Teoria do Defice do Autocuidado
- Patologia Esofago-gástrica:
 - . Fatores de risco
 - . Sinais e sintomas
 - . Tipos de cirurgia
 - . Cuidados de enfermagem
- Implementação do Projeto

De onde surgiu o projeto que pretendo desenvolver?



Como surgiu o tema do projeto?

Interesse pessoal
pela temática

Articulação dos
cuidados com outros
serviços

Entrevista informal
com os pares

Promoção do
autocuidado nos
doentes e
cuidadores

Patologias
oncológicas mais
frequentes no
serviço

Qual o título do projeto?

Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia gastrointestinal

Reestruturação do Departamento de Cirurgia

Serviço de Cirurgia Geral
Unidade de Urgência Cirúrgica
Unidade Esofago-Gástrica

Reestruturação do Projeto

Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esofago-gástrica

Qual o objetivo de implementação do Projeto no Serviço de Cirurgia Geral?

Assegurar a continuidade dos cuidados das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica

Atividades a desenvolver

Elaboração de documentos com especificidade para as pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica

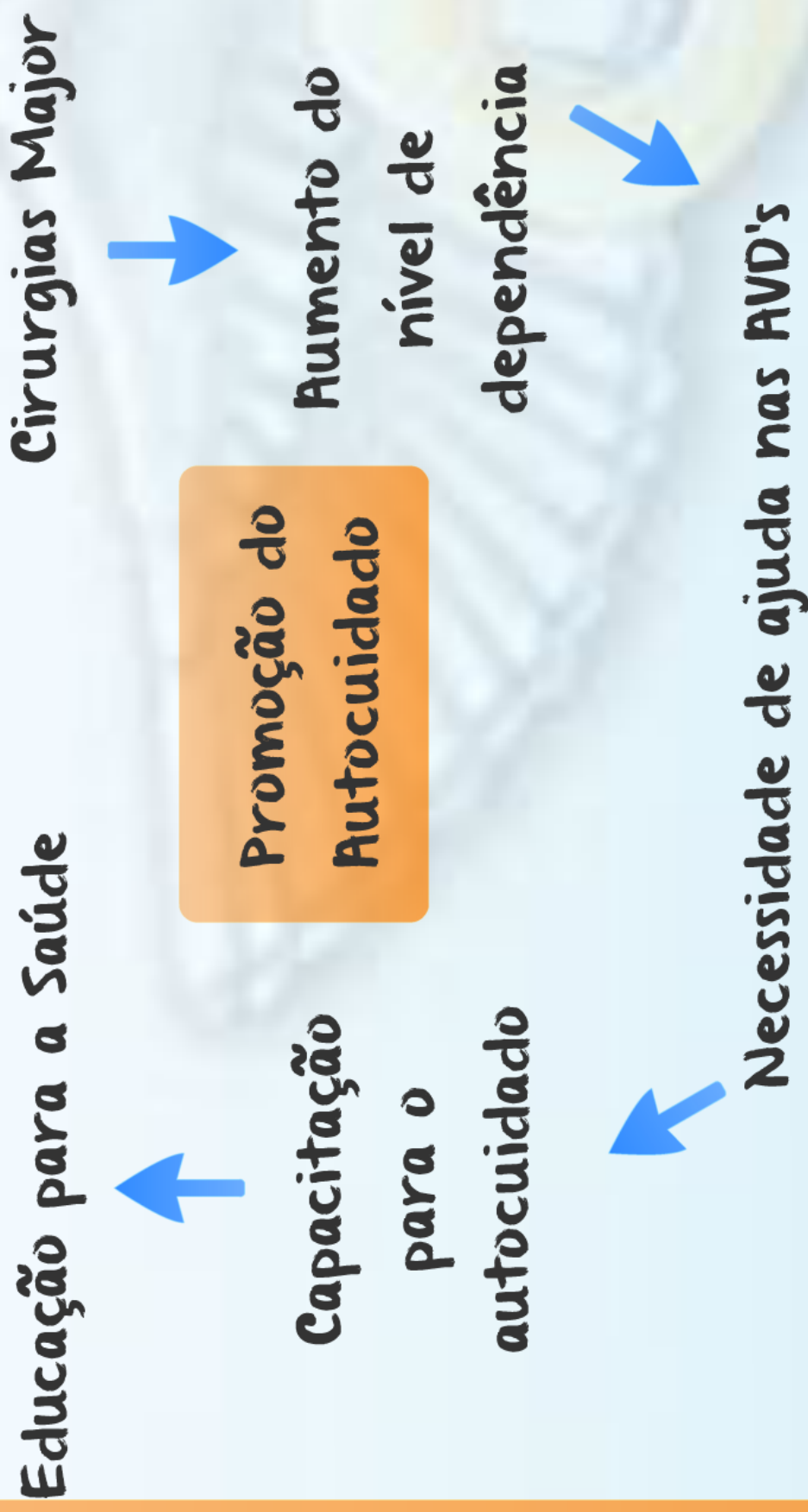
Resultados esperados

Continuidade dos cuidados de enfermagem a nível intra e extra-hospitalar

Promoção do autocuidado

Teoria do Défice do Autocuidado

Dorothea Orem



Neoplasias Esofago-Gástricas

Fatores de Risco



Esôfago

- Consumo de tabaco e álcool
- Obesidade
- Refluxo gastro-esofágico
- Bebidas quentes
- Dieta de fumeiro
- Défice de vitaminas e minerais
- Agentes infecciosos
- Radioterapia

(AEOP, 2012)



Estômago

- Dieta pobre em fruta e vegetais
- Elevada ingestão de sal, alimentos fumados e alimentos de conserva
- Défice de acesso à refrigeração de alimentos
- Infecção por *Helicobacter Pylori*

(AEOP, 2011)

Neoplasias Esofago-Gástricas

Sinais e Sintomas



Esôfago

- Assintomática (fase inicial)
- Disfagia progressiva
- Odinogagia
- Regurgitação
- Azia
- Anorexia
- Perda de peso



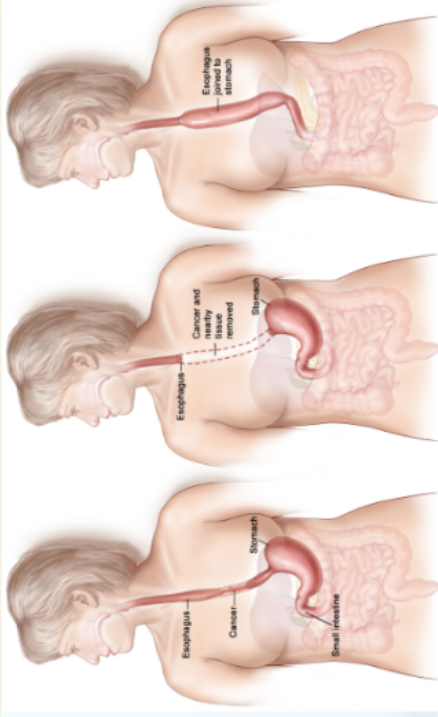
Estômago

- Dispepsia
- Dor epigástrica
- Sensação de queimadura no estômago
- Náuseas ligeiras
- Perda de peso
- Fadiga e fraqueza
- Obstipação ou diarreia

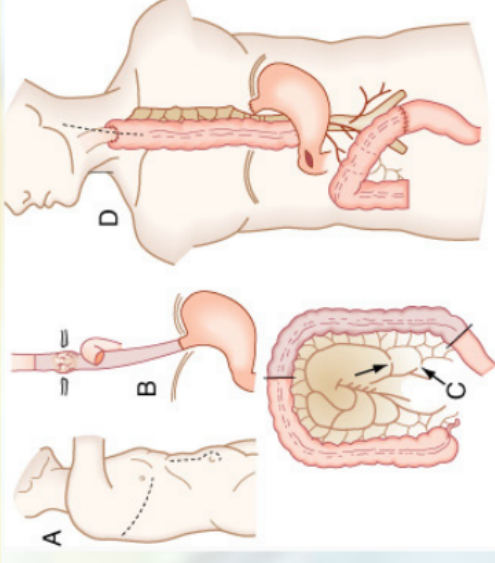
Tipos de Cirurgia

Neoplasia do Esôfago

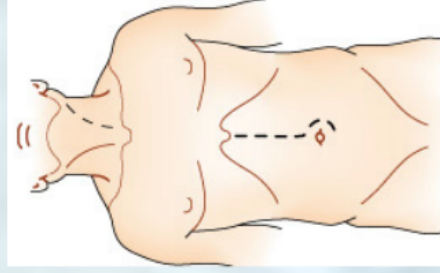
Esofagectomia com esofagogastrostomia



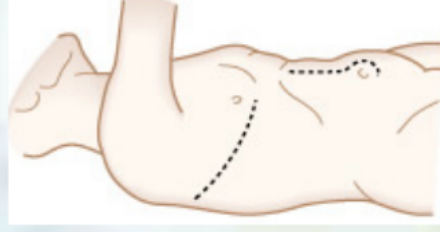
Esofagectomia com interposição do cólon



Tipos de Abordagem



Transhiatal

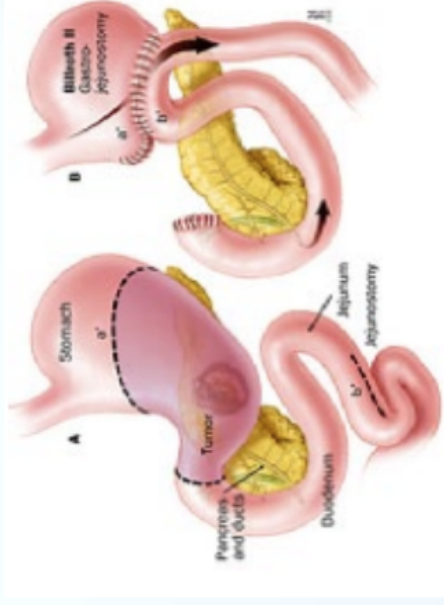


Transtorácica

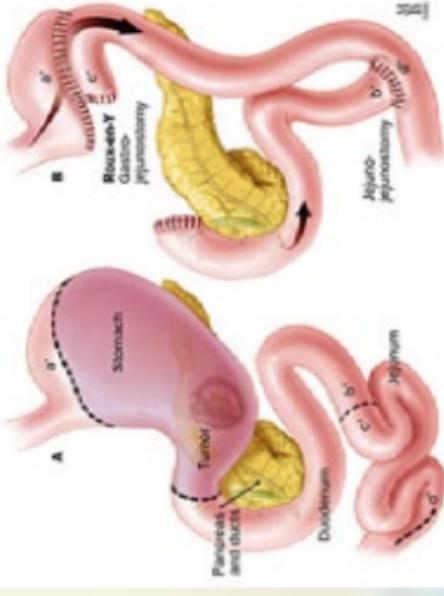
Tipos de Cirurgia

Neoplasia do Estômago

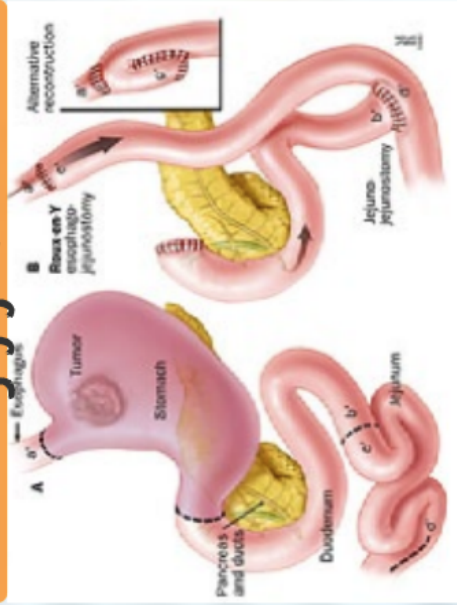
Gastrectomia parcial



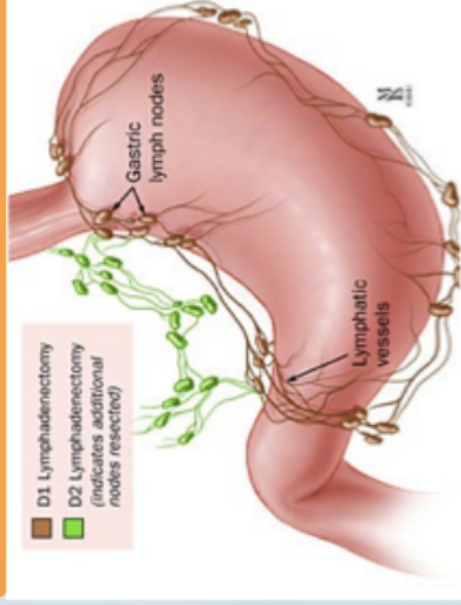
Gastrectomia subtotal



Gastrectomia total com esofagojejunostomia



Linfadenectomia



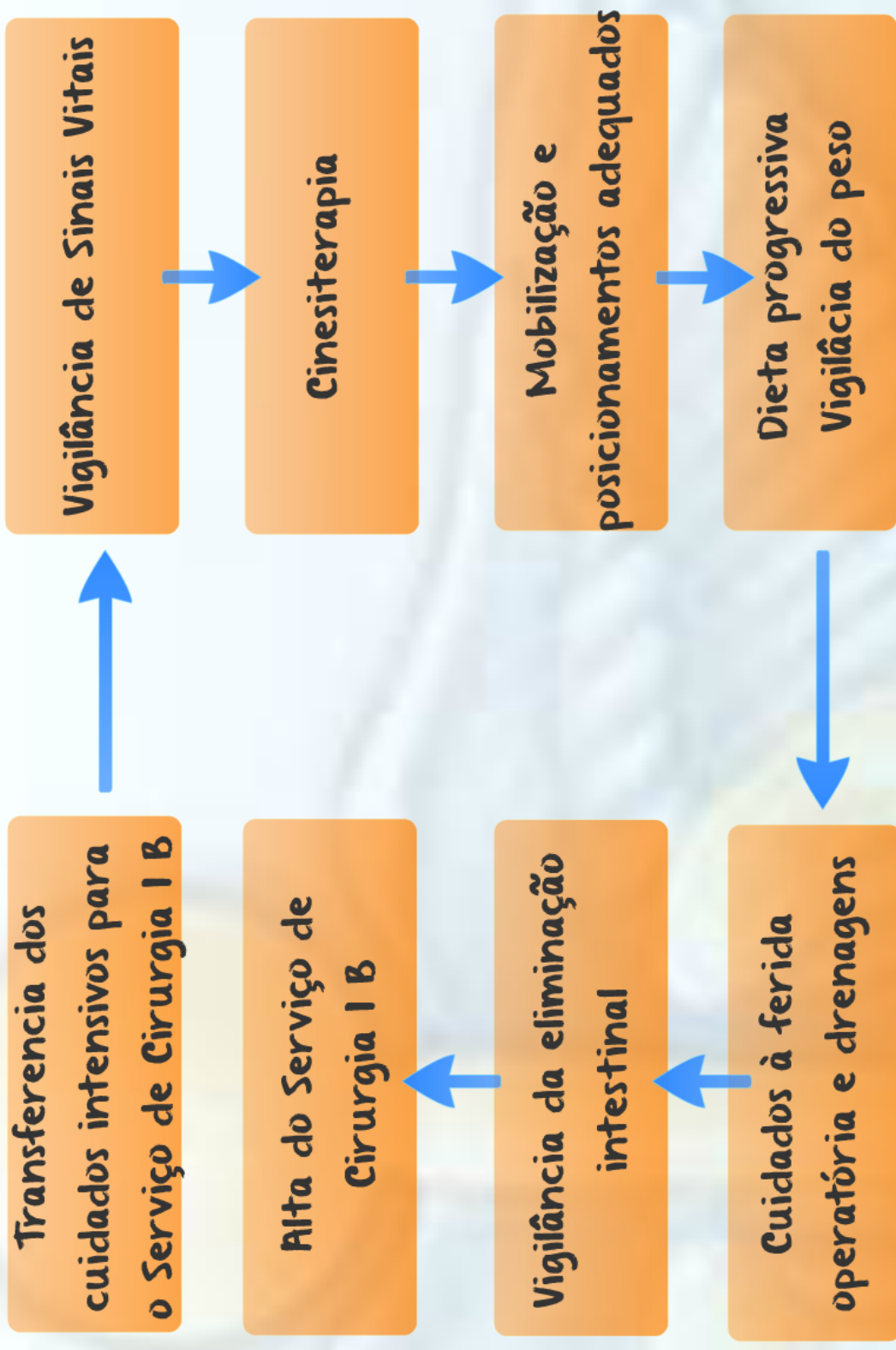
Cuidados de Enfermagem

Pré-Operatório



Cuidados de Enfermagem

Pós-Operatório



Instrumentos criados para a Preparação para a Alta das Pessoas com Doença Oncológica submetidas a Cirurgia Esofago-Gástrica

Fluxogramas

- Protocolo de Intervenção
- Planeamento da Alta
- Intervenções terapêuticas

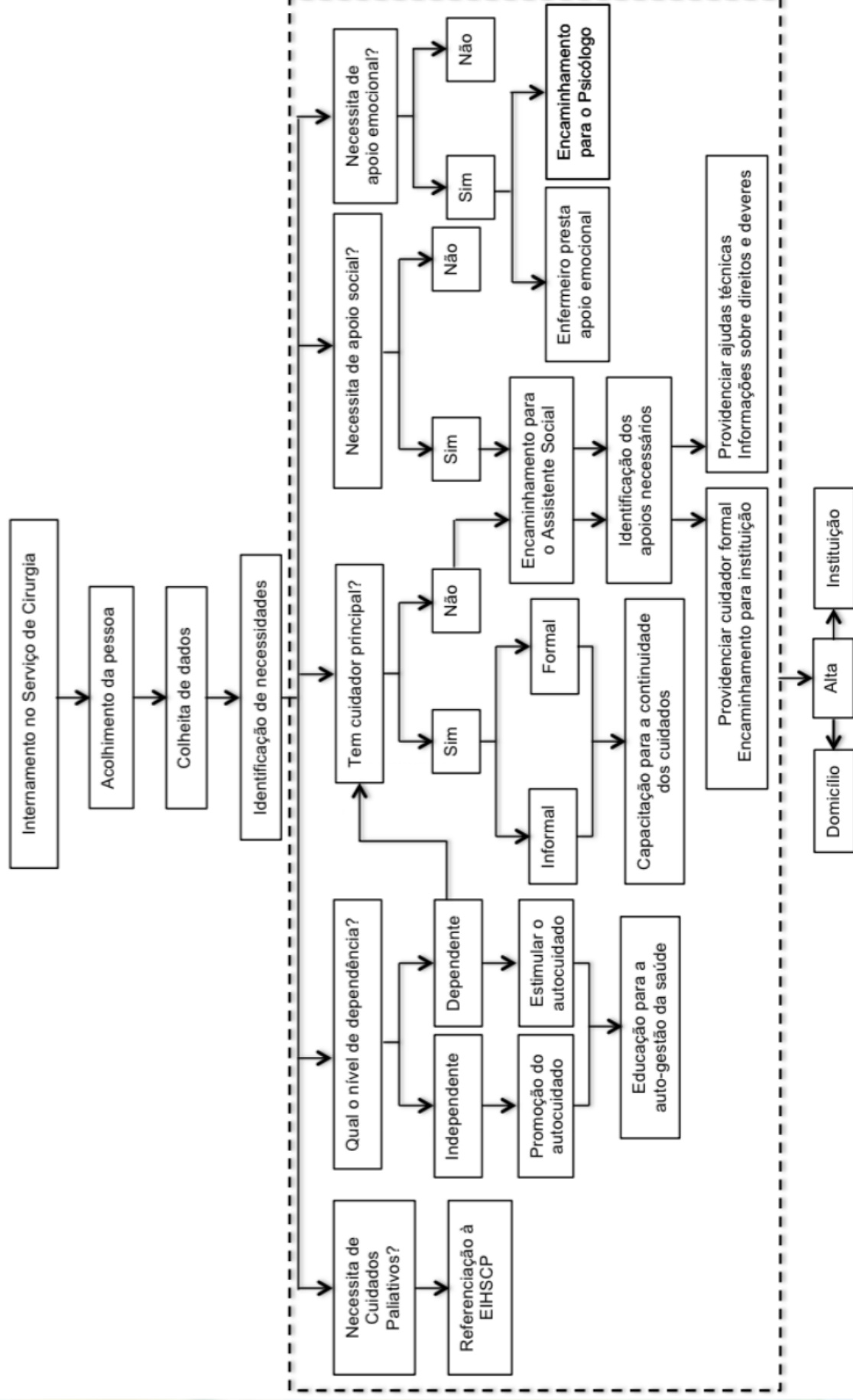
Checklists

- Preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica

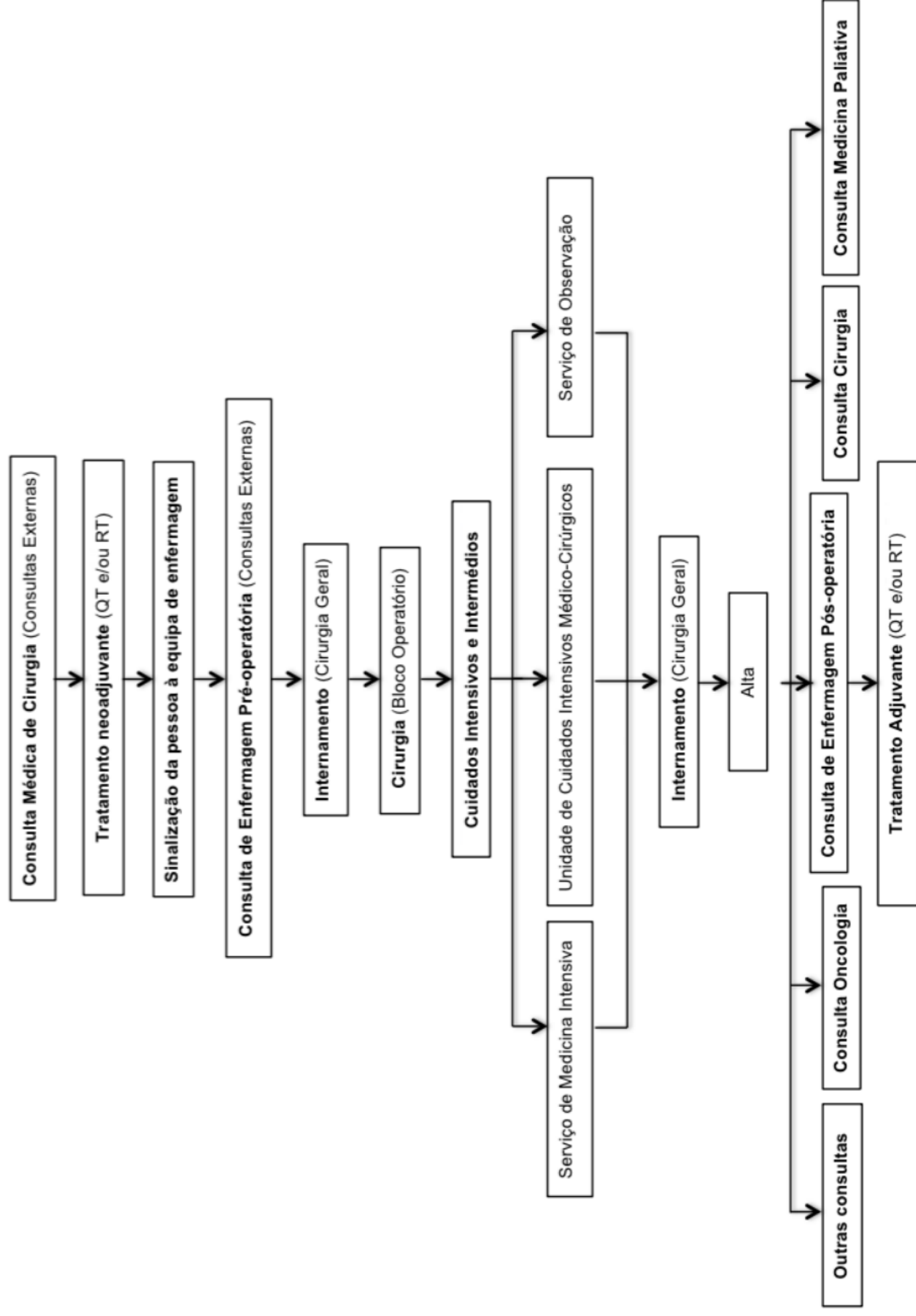
Folhetos

- Informações às pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofago-gástrica

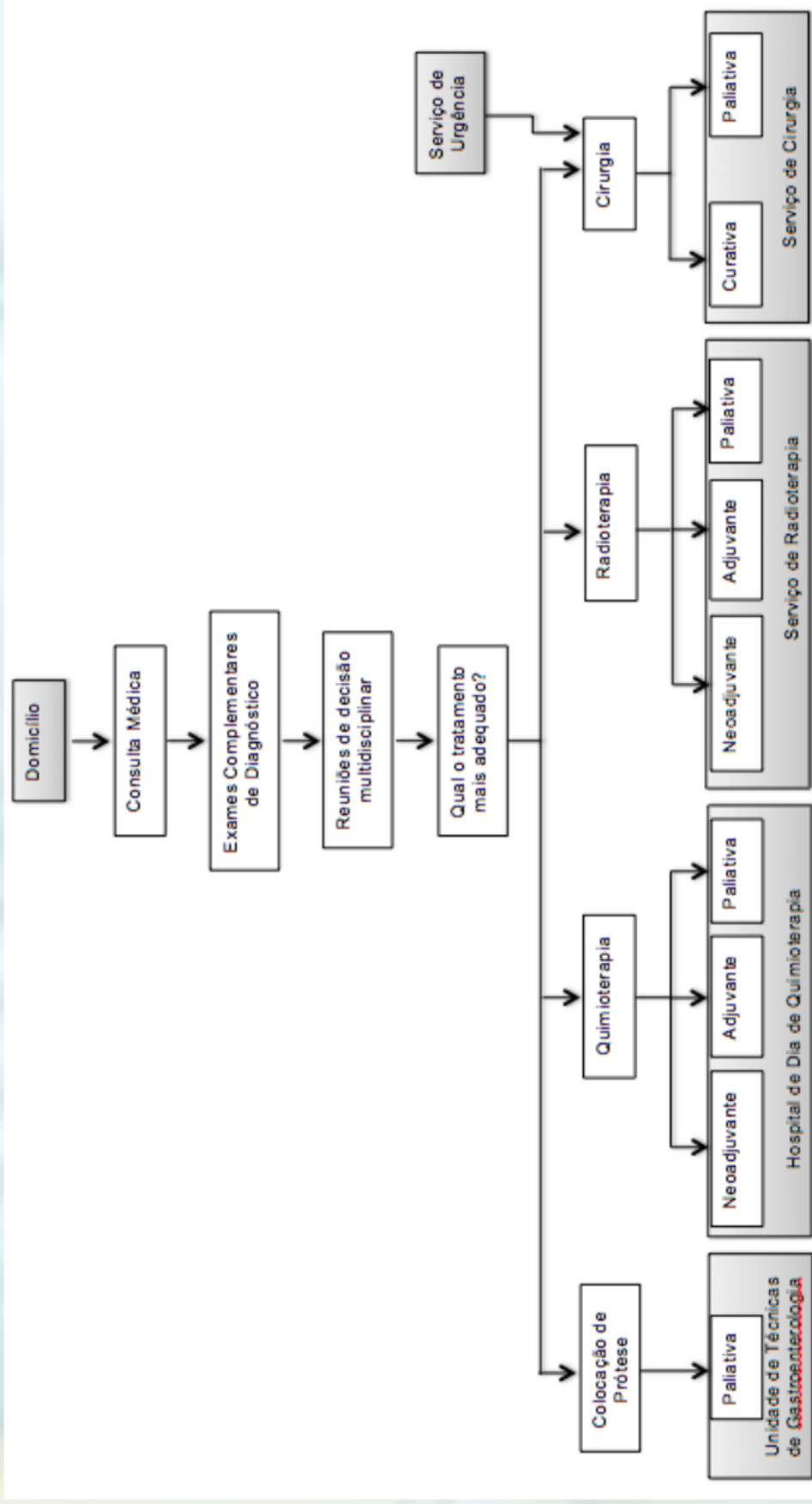
Planeamento da Alta



Protocolo de Intervenção



Intervenções Terapêuticas



Checklist de preparação para a alta das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esofágica

Cuidador Principal

Formal ☐ Informal ☐

Nome: _____ Parentesco: _____

Instituição: _____ Contato: _____

Morada: _____

Reside com: _____ Destino pós-alta: _____ Centro de Saúde: _____

vinheta

Internamento atual

Data de entrada: ____/____/____ Diagnóstico Médico: _____ Data: ____/____/____

Cirurgia: _____

Avaliação do peso

Antes da cirurgia Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Pós-operatório Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Dia da alta Data: ____/____/____ Peso: ____ Kg

Progressão na dieta

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Dieta: _____ Data: ____/____/____

Interconferências relevantes

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Educação para a auto-gestão da saúde

Mobilização

Importância do levantar e mobilizações no pós-operatório

Permanência da cabeça a 45°

Ensinar a levantar-se e deitar-se corretamente

Evitar esforços até 3 meses após a cirurgia

Alimentação

Dieta progressiva

Alimentos a evitar

Pulverização das refeições

Ingestão de líquidos fora das refeições principais

Doente

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidador

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Respiração

Manter uma respiração eficaz (cinestesia)

Contenção da sutura quando tosse

Doente

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidador

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Sintomas frequentes

Enfartamento pós-prandial

Síndrome de Dumping

Diarreia

Disfagia

Rouquidão (nas esofagectomias com abordagem transhiatal)

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Prevenção da infecção

Não molhar penso operatório

Se a sutura estiver a descoberto, observar sinais de infecção

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Sinais e sintomas de alerta

Vômitos incontroláveis

Dores persistentes

Febre

Infecção da sutura/cicatriz

Disfagia a líquidos e/ou sólidos

Onde recorrer se tiver algum dos sinais/sintomas acima descritos

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidados com dispositivo de alimentação

Tipo de dispositivo: Sonda nasojugal ☐ Jejunostomia ☐ Não se aplica ☐

Testar permeabilidade do dispositivo

Como agir em caso de obstrução do dispositivo

Alimentos adequados e a evitar

Importância do reforço hídrico

Demonstrar técnica de administração de alimentação e água

Treinar a pessoa na administração de alimentação e água

Como proceder em caso de exteriorização do dispositivo

Fixação do dispositivo ☐ Não se aplica ☐

Avaliação da pele circundante

Cuidados com o penso ☐ Não se aplica ☐

Vestidário aconselhado

Administração de terapêutica pelo dispositivo ☐ Não se aplica ☐

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Continuidade de cuidados após a alta

Fornecer folheto informativo

Entregar carta de alta de enfermagem

Articular com outros profissionais de saúde ☐ Não se aplica ☐

Articular com outros serviços de saúde ☐ Não se aplica ☐

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Data da alta: ____/____/____

Sau acompanhado com: _____

Cirurgia Gástrica

Sinais e sintomas de alerta

- Vômitos incontroláveis
- Dores persistentes
- Febre
- Ferida cirúrgica vermelha ou a drenar líquido

Se tiver algum destes sinais ou sintomas deverá recorrer ao Centro de Saúde da sua área de residência ou ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria.

Em caso de dúvida contacte-nos

Caso surja alguma dúvida após ter alta, pode sempre contactar-nos através das seguintes:

- XXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXX

Onde estamos

Centro Hospitalar XXXXXXXXX
Hospital XXXXXXXXX
Serviço de Cirurgia Geral
Elevadores XXXXXX
X piso

FUI OPERADO AO ESTÓMAGO

Informações à pessoa submetida a cirurgia gástrica



Elaborado por
Enf.ª Sofia Guia

Sinais e sintomas de alerta

- Vômitos incontroláveis
- Dores persistentes
- Febre
- Ferida cirúrgica vermelha ou a drenar líquido

Se tiver algum destes sinais ou sintomas deverá recorrer ao Centro de Saúde da sua área de residência ou ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria.

Em caso de dúvida contacte-nos

Caso surja alguma dúvida após ter alta, pode sempre contactar-nos através das seguintes:

- XXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXX

Onde estamos

Centro Hospitalar XXXXXXXXX
Hospital XXXXXXXXX
Serviço de Cirurgia Geral
Elevadores XXXXXX
X piso

FUI OPERADO AO ESÓFAGO

Informações à pessoa submetida a cirurgia esofágica



Elaborado por
Enf.ª Sofia Guia

Quais os cuidados que deve ter após ter sido operado ao estômago?

No hospital...

Cuidados com a alimentação

Se vai poder alimentar-se após alguns dias da cirurgia, assim que o seu médico der indicação. Vai começar por ingerir água e chá e depois progressivamente desta líquida e mole.

O que poderá sentir quando iniciar a alimentação?

- Dificuldade em engulir os alimentos
- Enfartamento
- Diarreia
- Cansaço, palpitações, náuseas, náuseas e vômitos

O que pode fazer para reduzir estes sintomas?

- Ingerir pequena quantidade de líquidos ou alimentos de cada vez
- Mastigar bem os alimentos
- Alimentar-se na posição de sentado e permanecer sentado ou em pé até uma hora depois das refeições

Cuidados com a respiração

- Deverá fazer exercícios respiratórios, como inspirar pelo nariz e expirar pela boca
- Quando tossir, deve apoiar a satura abdominal com as duas mãos

Cuidados com a mobilização

- Seja ajudado quando se levantar pela primeira vez após a cirurgia e deverá estar o máximo de tempo sentado
- Deverá andar pelo serviço

Em casa...

Cuidados com a alimentação

- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia
- Ingerir líquidos fora das refeições
- Ingerir, preferencialmente, alimentos moles as refeições
- Evitar alimentos ácidos, picantes, bebidas alcoólicas e com cafeína

Cuidados com a respiração

- Não deve fumar

Quais os cuidados que deve ter após ter sido operado ao esófago?

No hospital...

Cuidados com a alimentação

Se vai poder alimentar-se após alguns dias da cirurgia, assim que o seu médico der indicação. Vai começar por ingerir água e chá e depois progressivamente desta líquida e mole.

O que poderá sentir quando iniciar a alimentação?

- Dificuldade em engulir os alimentos
- Enfartamento
- Diarreia
- Cansaço, palpitações, náuseas, náuseas e vômitos

O que pode fazer para reduzir estes sintomas?

- Ingerir pequena quantidade de líquidos ou alimentos de cada vez
- Mastigar bem os alimentos
- Alimentar-se na posição de sentado e permanecer sentado ou em pé até uma hora depois das refeições

Cuidados com a respiração

- Deverá fazer exercícios respiratórios, como inspirar pelo nariz e expirar pela boca
- Quando tossir, deve apoiar a satura abdominal com as duas mãos

Cuidados com a mobilização

- Seja ajudado quando se levantar pela primeira vez após a cirurgia e deverá estar o máximo de tempo sentado
- Deverá andar pelo serviço

Em casa...

Cuidados com a alimentação

- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia
- Ingerir líquidos fora das refeições
- Ingerir, preferencialmente, alimentos moles as refeições
- Evitar alimentos ácidos, picantes, bebidas alcoólicas e com cafeína

Cuidados com a respiração

- Não deve fumar

Referencias Bibliograficas

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2011). Linhas de Consenso - Doente com Cancro do estômago. Porto: AEOP;
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2012). Linhas de Consenso - Doente com Cancro do esófago. Porto: AEOP;
- Coelho, R. (2009). Adenocarcinoma do esófago: abordagem diagnóstica e papel da cirurgia no tratamento. Universidade do Porto. Artigo de revisão bibliográfica. Porto;
- Monteiro, N.; Araújo, D.; Bassetti-Soares, E.; Vieira, J.; Santos, M.; Júnior, P.; Delgado, T. (2009). Câncer do Esófago: Perfil das manifestações Clínicas, Histologia, Localização e Comportamento Metastático em Pacientes Submetidos a Tratamento Oncológico em um Centro de Referência em Minas Gerais. Revista Brasileira de Cancerologia, 55(1), pp. 27-32;
- Orem, D. (2001). Nursing: concepts of practice. St. Louis: Mosby;
- Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica (vol. III). Loures: Lusociências.

Apêndice XVIII

Questionário de avaliação da sessão de formação realizada no Serviço de
Cirurgia Geral

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Tema da sessão de formação: Promoção do autocuidado na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia esófago-gástrica

Local: Serviço de Cirurgia Geral

Data: 5 de Fevereiro de 2015

Agradeço a sua colaboração na leitura e preenchimento do quadro seguinte, relativo à avaliação da sessão de formação a que acabou de assistir.

Coloque uma cruz na opção pretendida, utilizando a escala de *Insuficiente* a *Excelente*, dando a sua opinião pessoal relativamente aos seguintes itens.

	Insuficiente	Pouco suficiente	Suficiente	Bom	Excelente
Conteúdo					
Duração					
Metodologia					
Interesse/ Pertinência					
Aplicabilidade na prática					

Por favor, responda às seguintes questões, relativamente aos conteúdos abordados na sessão de formação.

1. Acha que a implementação deste projeto vai trazer mais valias para as pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esófago-gástrica? Se sim, porquê?

2. Dos temas abordados na sessão de formação, qual o que lhe despertou maior interesse?

3. Que temáticas gostaria de ter visto abordadas nesta sessão, que possam ser incluídas em formações futuras?

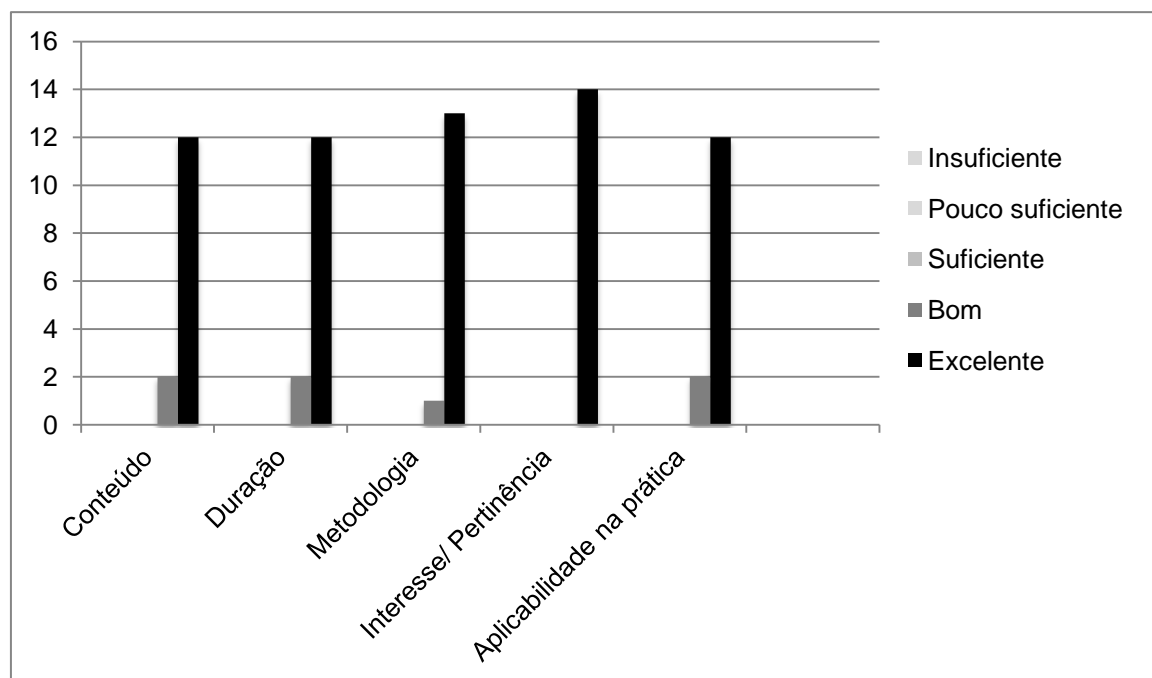
4. Tem outras sugestões para a implementação do projeto no serviço? Se sim, quais?

Obrigada pela sua colaboração

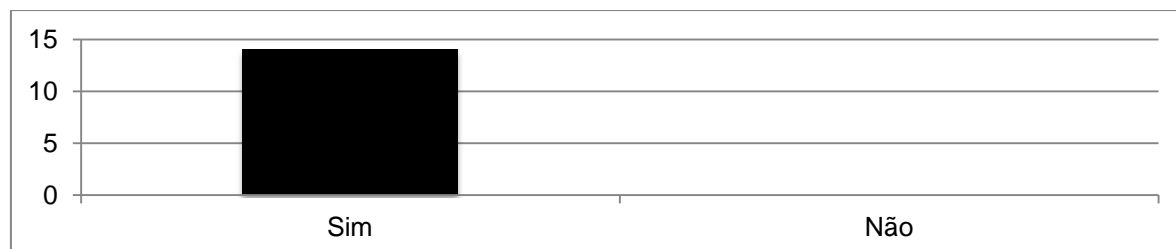
Apêndice XIX

Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão de formação
realizada no Serviço de Cirurgia Geral

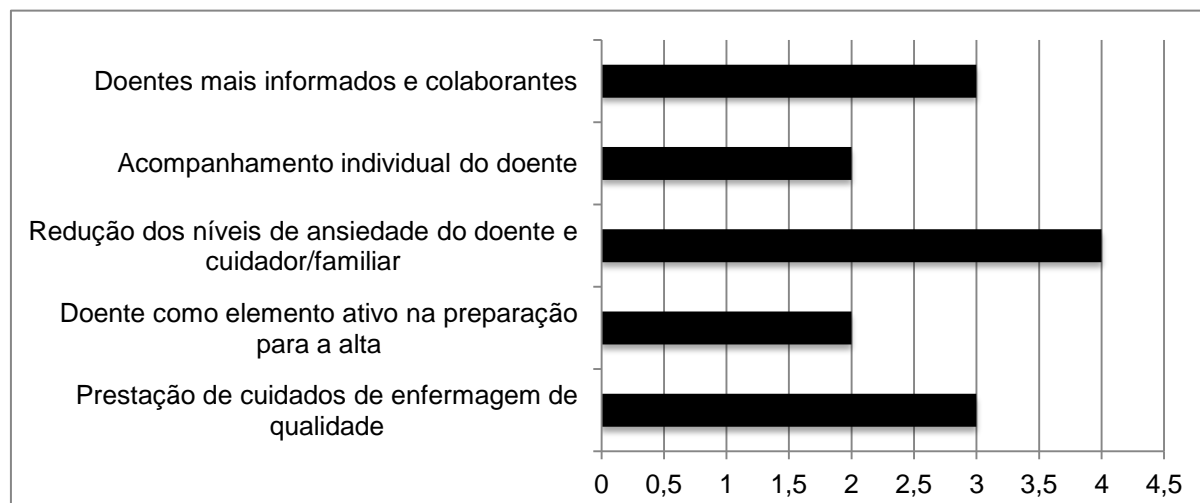
Opinião relativamente à sessão de formação, utilizando a escala de *Insuficiente a Excelente*.



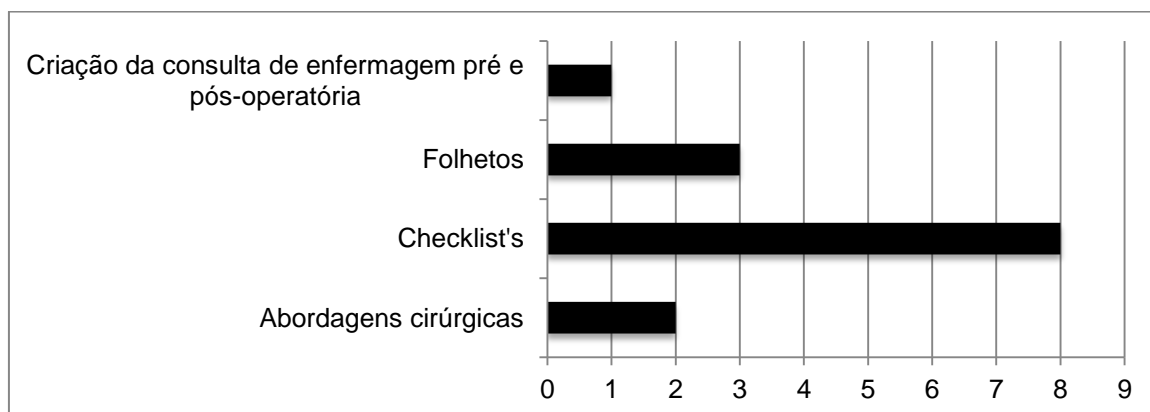
1. Acha que a implementação deste projeto vai trazer mais valias para as pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia esófago-gástrica?



Se sim, porquê?



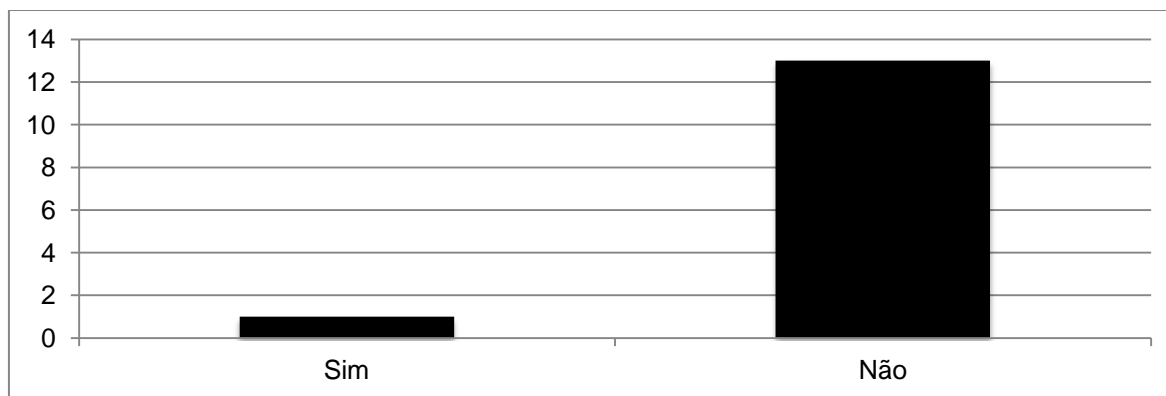
2. Dos temas abordados na sessão de formação, qual o que lhe despertou maior interesse?



3. Que temáticas gostaria de ter visto abordadas nesta sessão, que possam ser incluídas em formações futuras?

(Ninguém respondeu a esta questão)

4. Tem outras sugestões para a implementação do projeto no serviço?



Se sim, quais?

Formação contínua acerca do tema e documentos existentes para uma maior adesão por parte da equipa de enfermagem

Apêndice XX

Preparação para a alta da pessoa com doença oncológica gastrointestinal:
intervenções de enfermagem — Revisão Sistemática da Literatura

PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

GASTROINTESTINAL: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Revisão Sistemática da Literatura

Sofia Manuela Neves Guia

RESUMO

O enfermeiro desempenha um papel preponderante no processo de preparação para a alta, dado que deteta as preocupações e necessidades de cuidados após a alta da pessoa com doença oncológica e seus cuidadores.

Objetivo: Identificar quais as intervenções de enfermagem inerentes à preparação para a alta das pessoas submetidas a cirurgia por doença oncológica gastrointestinal.

Metodologia: Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura, pelo método PI[C]O, através da pesquisa na EBSCO (CINAHL *plus with full text* e MEDLINE *with full text*).

Resultados: Os oito artigos incluídos contemplam outros tipos de abordagem cirúrgica para além da gastrointestinal, devido ao facto de partilharem vivências/necessidades comuns.

As intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica gastrointestinal prendem-se essencialmente com a satisfação das suas necessidades: físicas, psico-emocionais, sociais e de suporte e de comunicação. A utilização de estratégias e ferramentas foi outra das dimensões valorizadas no planeamento dos cuidados, nomeadamente: utilização de escalas, envolvimento da equipa multidisciplinar, educação para a saúde, disponibilização de documentação de suporte, continuidade de cuidados e formação em serviço.

Conclusões: As intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica gastrointestinal contribuem para manter e/ou aumentar a qualidade de vida e diminuição da taxa de readmissão hospitalar. A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem, exhibe potencial para melhorar a capacidade funcional destas pessoas/cuidadores.

Palavras-chave: preparação para a alta; intervenções de enfermagem; pessoa com doença oncológica gastrointestinal

DISCHARGE PLANNING IN PERSON WITH GASTROINTESTINAL ONCOLOGIC DISEASE: NURSING INTERVENTION

Systematic Review

Sofia Manuela Neves Guia

ABSTRACT

The nurse plays an important role in the process for discharge planning, given that detects the concerns and care needs after discharge of the person with cancer disease and their caregivers.

Objective: Identify which nursing interventions related to the discharge planning in people undergoing surgery for gastrointestinal cancer disease.

Methodology: One was carried out Systematic Review of the Literature, with PI[C]O method, through research in EBSCO (CINAHL *plus with full text* e MEDLINE *with full text*).

Results: The eight included other types of articles include surgical approach beyond the gastrointestinal tract, due to the fact that they share common experiences / needs. Nursing interventions in discharge planning of the person with gastrointestinal cancer disease relate mainly to meeting their needs: physical, psycho-emotional, social and support and communication. The use of strategies and tools was another dimension valued in the planning of care, including: use of scales, involvement of the multidisciplinary team, health education, support documentation available, continuity of care and job training.

Conclusions: Nursing interventions in discharge planning of the person with gastrointestinal cancer disease contribute to maintaining and/or increasing the quality of life and decreased hospital readmission rate. The Deficit Theory of Self Care, Dorothea Orem, shows potential to improve the functional capacity of these people/caregivers.

Keywords: discharge planning; nursing interventions; person with gastrointestinal cancer disease

INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas de saúde que afeta as pessoas no século XXI são as doenças crónicas, que persistem, recidivam e requerem cuidados por longos períodos, como o caso das doenças oncológicas. Em 2030, em Portugal, o cancro terá uma incidência de morte de mais de 32 mil pessoas por ano, um aumento de 34,5% em relação aos 24 mil que morrem atualmente, devido a esta doença. A nível mundial, as doenças oncológicas aumentaram para 21,4 milhões de casos por ano e todos os anos surgirão quase 56 mil novos casos, mais 12 mil que agora (WHO, 2008). O aparecimento de uma doença crónica, como a doença oncológica, tem impacto a nível individual e também a nível familiar, constituindo uma rutura entre o viver anterior e o presente, caracterizado pela incerteza relativamente ao futuro (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001; Barros *et al.*, 2007).

Com a evolução demográfica e a exposição a fatores de risco, a incidência de doenças oncológicas tende a aumentar nos próximos anos. Segundo o relatório do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, publicado pela Direcção Geral de Saúde (2013), na maioria das neoplasias tem havido um crescimento significativo da carga assistencial a doentes com cancro nos hospitais portugueses. O diagnóstico de neoplasia maligna gastrointestinal causa disrupção na vida da pessoa e família e o período pré-operatório é caracterizado por medo, questões, isolamento e incerteza relativamente ao futuro. No período pós-operatório imediato há uma luta contra a perda de dignidade e o controlo do corpo (Khatri *et al.*, 2012). Mesmo que a cirurgia seja realizada com intenção curativa, a maior fonte de ansiedade das pessoas com neoplasias gastrointestinais é o medo da recorrência dos mesmos (Worster & Holmes, 2009).

Em Portugal, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2006), tendo em conta os indicadores de desempenho do Sistema Nacional de Saúde 2004-2006, aproximadamente 11,4% das altas hospitalares resultaram em reinternamentos hospitalares, para um período entre a alta e o reinternamento hospitalar menor ou igual a 30 dias. No Contrato-Programa de 2012 um dos objetivos nacionais de qualidade e eficiência mencionados é o de redução do número de reinternamentos hospitalares. O elevado custo dos internamentos para

as instituições de saúde e o crescente avanço tecnológico tem diminuído o período de hospitalização das pessoas internadas, levando a uma alta precoce. Os enfermeiros têm aqui um papel preponderante para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e diminuir a taxa de reinternamento, através de um planeamento da alta atempado, adequado e individualizado, ganhando consequentemente relevo a imagem e a representação que a população tem acerca do valor dos cuidados de enfermagem (Direção Geral de Saúde, 2004; Pompeo et al, 2007; Silva, 2007).

O facto de os enfermeiros serem considerados os profissionais que se encontram mais próximos das pessoas com problemas de saúde, faz deles o elo de ligação entre os restantes membros da equipa multidisciplinar (Pompeo et al, 2007). Com as rápidas e complexas transformações do sistema de saúde, os enfermeiros são chamados ao desafio de demonstrar e documentar a qualidade da sua contribuição nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, que têm tradução na pessoa (Griffiths, Richardson & Blackwell, 2009).

A presente Revisão Sistemática da Literatura tem como objetivo identificar quais as intervenções de enfermagem inerentes à preparação para a alta da pessoa adulta e idosa submetida a cirurgia por doença oncológica gastrointestinal.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O aparecimento da doença oncológica é vivido pelo doente de uma forma única e singular, o que se traduz na emergência de necessidades tão específicas, individuais e complexas. A avaliação das necessidades da pessoa com doença oncológica não deve ser feita de forma simplificada, devendo ser tida em consideração, para além das necessidades físicas, os aspetos emocionais, financeiros e a sua rede de apoio. Cabe ao enfermeiro avaliar todas estas necessidades em que a pessoa precisa de auxílio para maximizar o auto-cuidado e a capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A alta hospitalar é um processo e não um evento isolado, pelo que se preconiza o desenvolvimento e a implementação de um plano para facilitar a transferência da pessoa do hospital para um local apropriado. Enquanto a maioria das pessoas recebe tratamento

hospitalar e posteriormente retorna à sua vida habitual, uma percentagem de pessoas necessita de cuidados adicionais (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003). Numa pessoa hospitalizada visa-se, sobretudo, a sua recuperação face a uma doença, com o intuito de otimizar o seu potencial de saúde e reintegrar a pessoa na sociedade o mais rapidamente possível. Assim, o planeamento da alta é considerado um dos processos que contribui para o sucesso da pessoa no regresso a casa (Ferreira et al, 2011).

Cohen & Nirenberg (2011) e Mayer *et al* (2012) identificaram nas pessoas internadas predominância de um défice de conhecimentos, motivação e interesse no momento da alta hospitalar. No entanto, atualmente tem-se verificado que as pessoas internadas que recebem informações por parte da equipa de enfermagem antes da alta hospitalar, ficam menos ansiosas e experienciam menos problemas no regresso a casa, potenciando a capacidade do seu autocuidado (Pereira, 2011; Hari & Rosenzweig, 2012). A teoria de enfermagem do Déficit de Autocuidado, de Dorothea Orem, é norteadora de todo este processo de preparação para a alta, na promoção do autocuidado à pessoa com doença oncológica e seus cuidadores/familiares.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A questão de investigação que suscitou o desenvolvimento desta Revisão Sistemática da Literatura foi *“Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a preparação para a alta da pessoa adulta e idosa submetida a cirurgia por doença oncológica gastrointestinal?”*, que está explícita em maior detalhe na *Tabela 1*. Na elaboração da questão de investigação foi utilizado o método PI[C]O, de acordo com Centre for Reviews and Dissemination (2009).

Tabela 1: Elementos da questão de investigação

Participants	Adultos e idosos com doença oncológica, em fase não terminal da doença Enfermeiros que prestam cuidados a adultos e idosos com doença oncológica, em fase não terminal
Intervention	Intervenções de enfermagem na preparação para a alta
Comparisons	(não é possível pela diversidade de desenhos dos estudos)
Outcomes	Estratégias e instrumentos utilizados pelos enfermeiros na preparação para a

Realizou-se a pesquisa electrónica no motor de busca EBSCO (CINAHL plus with full text e MEDLINE with full text), em que os descritores foram procurados pela seguinte ordem: [(neoplasm*) OR (cancer survivor) OR (gastrointestinal neoplasm) OR (gastric neoplasm) OR (intestinal neoplasm) OR (colorectal neoplasm) OR (surgery neoplasm)] AND [(evidence-based practice) OR (nurs*) OR (oncology nurs*)] AND [(patient's and family education) OR (survivorship care planning) OR (care planning) OR (discharge planning) OR (patient's autonomy)]. Os descritores foram pesquisados em texto integral, retrospectivamente até 2009, resultando um total de 65 artigos.

Como critérios de inclusão foram contemplados artigos com foco na pessoa com doença oncológica, com recurso a metodologia quantitativa e/ou qualitativa, capazes de demonstrar quais as intervenções de enfermagem no processo de preparação para a alta. Relativamente aos participantes (P), foram incluídas pessoas adultas e idosas dos 19 aos 80 e mais anos, em situação de doença oncológica e com capacidade cognitiva e mental preservada. No que se refere à intervenção (I), foram contempladas as ações de enfermagem na preparação para a alta das pessoas com doença oncológica. Relativamente aos indicadores (O), foram incluídos os resultados diretamente relacionados com as intervenções de enfermagem na preparação para a alta.

Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia ambígua ou repetidos, todos aqueles sem correlação com o objeto de estudo e com data anterior a 2009, dado que a literatura recomenda a inserção da evidência mais atual, que corresponde aos últimos cinco anos (Guyatt & Rennie, 2002).

RESULTADOS

O percurso metodológico que possibilitou a apresentação dos dados, encontra-se explicado na figura seguinte.

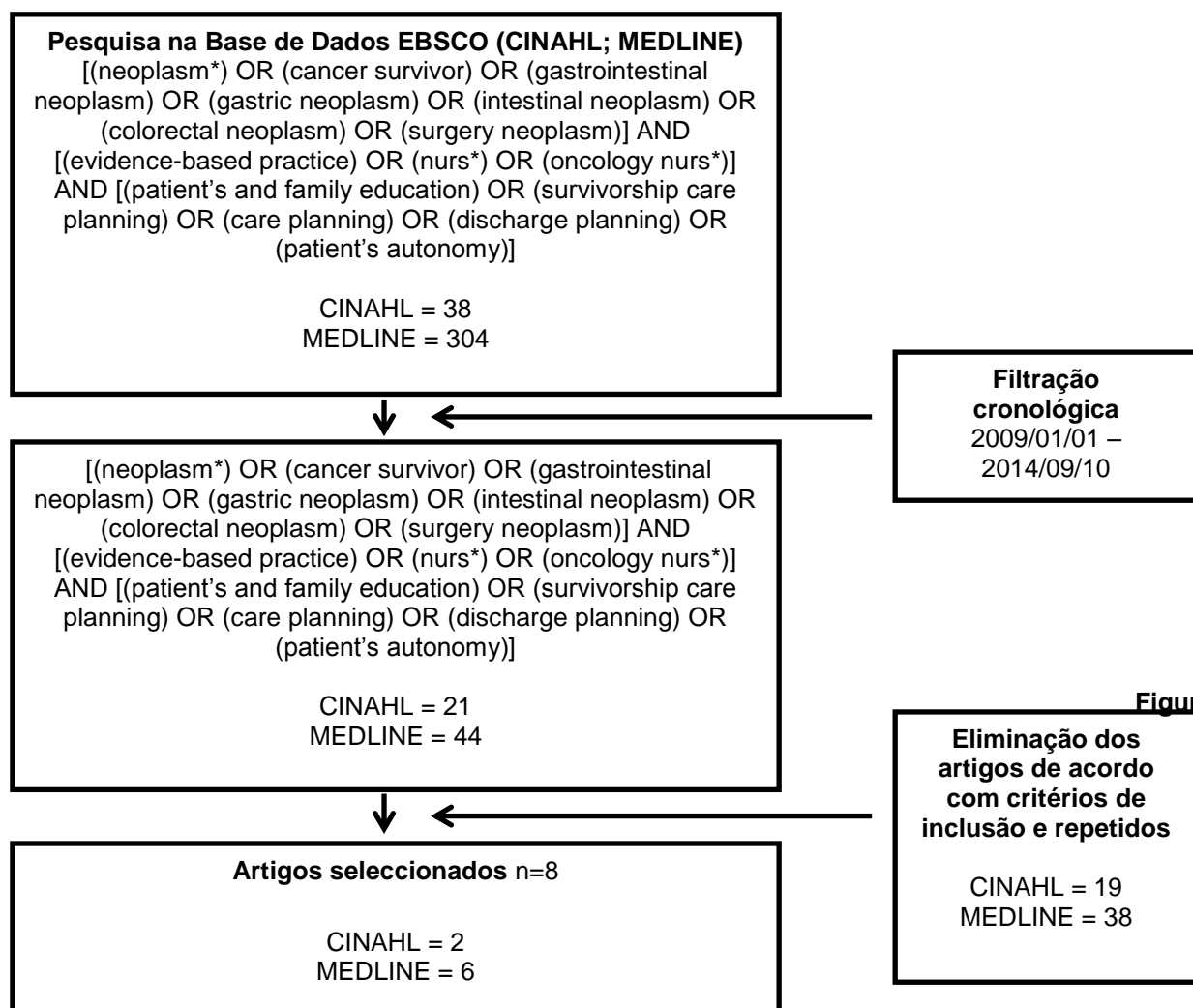


Figura 1: Process

Após a pesquisa nas bases de dados já referidas e dos 342 artigos encontrados, apenas 8 constituíram o material final de análise (MEDLINE n=6; CINAHL n=2). Dos 342 artigos resultantes da pesquisa, estes foram submetidos a uma filtração cronológica, pretendendo-se somente os estudos de 1 de Janeiro de 2009 até 10 de Setembro de 2014, resultando num total de 65 artigos.

Os 65 artigos foram analisados segundo a questão PICO estabelecida, critérios de inclusão e exclusão e repetição de artigos. Quatro dos artigos encontravam-se repetidos nas duas bases de dados e os restantes quarenta e nove não estavam de acordo com os critérios de inclusão pretendidos.

Dos oito (n=8) artigos seleccionados para estudo, foi realizada uma síntese crítica mesmos nos quadros seguintes (*Quadros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8*), constituindo assim a base de discussão e conclusão deste trabalho.

Quadro 1: Estudo de Harrison *et al* (2013)

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Harrison, M.; Graham, I.; Hoek, J.; Dogherty, E.; Carley, M.; Angus, V. (2013)	Estudo descritivo exploratório	Desenvolver uma <i>guideline</i> adaptada às pessoas com doença oncológica, relativa às suas necessidades no planeamento de cuidados	5 pessoas com doença oncológica	Identificação e avaliação das necessidades das pessoas com doença oncológica
	Nível de evidência científica: V			
	RESULTADOS			
	A criação de uma <i>guideline</i> específica para o planeamento de cuidados das pessoas com doença oncológica é o objetivo deste estudo, necessitando para tal da identificação das necessidades proferidas pelos doentes no decorrer do processo de doença. O estudo demonstra uma forte prevalência das necessidades psicossociais e de suporte como sendo as mais proferidas. A criação de <i>check-lists</i> e folhetos estão descritos como uma mais valia para que a implementação das <i>guidelines</i> seja mais facilitadora.			

Como base em *guidelines* existentes no âmbito do planeamento de cuidados em enfermagem, os autores deste artigo criaram uma *guideline* adaptada para pessoas com doença oncológica. Tendo em vista a importância das *guidelines* na obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a *Canadian cancer care groups* acompanhou durante dois anos cinco pessoas com doença oncológica, através da elaboração de estudos de caso. Nestes foram identificadas as necessidades sentidas pelos doentes no decorrer do processo de doença oncológica, nomeadamente necessidades psicossociais, sentindo os mesmos a necessidade de avaliação do *distress*, e de suporte, com a criação de grupos de apoio. Harrison *et al* defendem mesmo que deve existir por parte das pessoas com doença oncológica a enumeração de necessidades para que as *guidelines* criadas sejam o mais adaptadas possível.

Ainda segundo os mesmos autores, as *guidelines* devem ser baseadas na evidência mais atual, colocando-as em prática e criando checklists e outras ferramentas (como folhetos, por exemplo) para que a sua implementação seja mais facilitadora.

Quadro 2: Estudo de Mayer *et al*, 2012

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Mayer, D.; Gerstel, A.; Leak, A.; Smith, S. (2012)	Estudo descritivo exploratório	Explorar as preferências dos sobreviventes de cancro e seus cuidadores principais relativamente ao conteúdo, formato, <i>timing</i> e modo de realização de um plano de cuidados	29 sobreviventes de cancro 5 cuidadores principais de sobreviventes de cancro	Aplicação de cinco planos de cuidados diferentes aos participantes e avaliar a sua preferência relativamente aos mesmos
	RESULTADOS			
	Os sobreviventes de cancro e seus cuidadores identificaram o plano de cuidados escrito como sendo uma ferramenta útil. No entanto, a sua utilização de forma isolada é insuficiente, pois dificulta a transição para o <i>follow-up</i> . A comunicação torna-se, assim, a ferramenta essencial, aliada a um documento escrito para que o planeamento de cuidados seja efetuado de forma exímea.			

Vinte e nove participantes neste estudo, com diagnóstico de neoplasias da mama (65,5%), ginecológica (20%), próstata (10%), linfoma não-Hodgkin (7%) e tiróide (3%), foram divididos em quatro grupos e foram-lhes apresentados cinco planos de cuidados (impressos e *online*). Aos cinco cuidadores principais que participaram no estudo foram-lhes realizadas entrevistas presenciais e via telefónica acerca do formato, entrega e *timing* do plano de cuidados.

Os planos de cuidados em formato escrito foram apontados tanto pelos sobreviventes de cancro como pelos cuidadores principais como sendo uma ferramenta essencial, tendo em conta que os planos de cuidados *online* eram menos cativantes. A comunicação, aliada à entrega do plano de cuidados em suporte de papel foi apontado como facilitador para o desenvolvimento das atividades de vida, funcionando como documento auxiliar no *follow-up*.

Quadro 3: Estudo de Grant *et al*, 2012

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Grant, M.; Economou, D.; Ferrell, B.; Uman, G. (2012)	Estudo quantitativo	Incentivar mudanças a nível institucional que integrem a participação nos cuidados aos sobreviventes de cancro	50 profissionais de saúde que interagem frequentemente com sobreviventes de cancro	Realização de sessões de formação para profissionais de saúde acerca dos sobreviventes de cancro
	Nível de evidência científica: IV			
	RESULTADOS			
	A realização de sessões de formação para profissionais de saúde, de forma a motivá-los a promover a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, teve bastaste aceitação por parte dos próprios e também das instituições onde estes estão inseridos. Verificou-se também um maior conforto dos profissionais de saúde na abordagem desta temática, assim como a aceitação e apoio das instituições.			

Com o intuito de incentivar mudanças a nível institucional no âmbito dos cuidados aos sobreviventes de cancro, realizam-se cursos a profissionais de saúde (administradores, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e outros). O limite de participantes era de cinquenta pessoas por curso, subdivididas em equipas de duas pessoas.

Após 6, 12 e 18 meses da realização da formação, eram feitas entrevistas via telefónica aos participantes do estudo, de forma a avaliar o progresso,

proporcionar motivação e apoiar na resolução de problemas. Após 12 e 18 meses da sessão de formação eram também alvo de avaliação adicional as instituições a que pertenciam os participantes. Os resultados demonstraram que houve uma boa aceitação da sessão de formação por parte dos profissionais de saúde, pois houve repercussão na forma como os sobreviventes de cancro foram cuidados após a mesma, havendo um aumento da promoção da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida destas pessoas. O entusiasmo perante estas sessões de formação foi tão grande que passou a existir lista de espera nas instituições para a frequência deste curso.

Quadro 4: Estudo de Scott (2011)

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Scott, N. (2011)	Estudo retrospectivo	Melhoria do plano de cuidados de enfermagem a pessoas com doença oncológica	15 enfermeiros e 15 médicos de uma unidade oncológica num hospital da Escócia	Realização de questionários a enfermeiros e médicos e avaliação dos mesmos
	Nível de evidência científica: III			
	RESULTADOS			
	Após a realização de questionários a médicos e enfermeiros, chegou-se à conclusão que a criação de um plano de cuidados adaptado aos doentes oncológicos faz com que haja uma diminuição da quantidade de tempo despendido com documentação e que os cuidados são prestados de forma mais individualizada.			

Numa auditoria realizada numa unidade oncológica de um hospital da Escócia, verificou-se que o planeamento de cuidados não era eficaz nem baseado na evidência mais atual. Não existia um plano de cuidados estruturado e as informações que este continha não possuíam detalhes importantes.

Os participantes referiram que para um planeamento de cuidados eficaz era necessária uma equipa multidisciplinar. A opinião e o envolvimento dos clientes no planeamento de cuidados foi também apontado pelos participantes como importante para um planeamento de cuidados eficiente.

Desta forma, foi criado um projeto com o objetivo de melhorar o planeamento de cuidados nos doentes oncológicos. Foram distribuídos 30 questionários distintos, com respostas abertas e fechadas, a médicos (n=15) e enfermeiros (n=15) para recolher opiniões acerca do plano de cuidados existente naquele hospital. Foram apenas devolvidos questionários totalmente preenchidos de 7 enfermeiros (47%).

A opinião dos enfermeiros para um plano de cuidados eficiente, exige uma reestruturação dos documentos existentes para o efeito. Já os médicos defendem que a melhoria do plano de cuidados passa por reunir informação e identificar problemas, de forma a melhorar a eficiência do mesmo.

Os enfermeiros chegaram à conclusão que a criação de um plano de cuidados adaptado aos doentes oncológicos faz com que haja uma redução da quantidade de tempo despendido com documentação.

Quadro 5: Estudo de Marbach & Griffie (2011)

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Marbach, T.; Griffie, J. (2011)	Estudo descritivo exploratório	Obter recomendações dos doentes acerca da quantidade, tipo e métodos utilizados para fornecer informações sobre o plano de tratamento e planeamento de cuidados ao sobrevivente de cancro	40 pessoas sobreviventes de cancro, 4 mestres em administração de empresas (membros facilitadores) e 4 profissionais do centro médico universitário (membros observadores)	Implementação de um plano de cuidados para sobreviventes de cancro
	RESULTADOS			
	Os doentes preferem a entrega do plano de cuidados em papel, aliando a este a educação para a saúde por parte dos enfermeiros, no sentido de ajudar a interpretar as informações.			

	<p>Os enfermeiros são, ao olhar dos doentes, os profissionais de saúde mais envolvidos na área do desenvolvimento, entrega e clarificação do plano de cuidados.</p> <p>Segundo a equipa multidisciplinar, ouvir os doentes é a chave fundamental para que o plano de cuidados seja orientado de forma individual.</p>
--	---

Este estudo realizou-se num centro médico universitário nos Estados Unidos da América, que se encontrava no início do desenvolvimento de um programa para sobreviventes de cancro, baseado em recomendações do *Institute of Medicine*.

Antes da implementação deste programa, houve a necessidade por parte de quem o estava a desenvolver (administradores, médicos e enfermeiros) de identificar as percepções e preferências dos sobreviventes de cancro acerca das necessidades que sentem ao longo do percurso de doença. Para tal, foram recrutados 40 sobreviventes de cancro para participar no estudo (13 homens e 27 mulheres). Estes foram divididos em quatro grupos, baseados no diagnóstico médico: neoplasias da próstata, genitourinário e pele; neoplasias da mama e ginecológico; neoplasias gastrointestinais, cabeça e pescoço e sarcomas; e neoplasias cerebrais, pâncreas e pulmão. Em cada grupo de participantes estava também presente um membro facilitador (mestre em administração de empresas) e um membro observador (profissionais do centro médico universitário).

Foram elaboradas diversas questões para colocar aos grupos, visando esclarecer as preocupações existentes nos sobreviventes de cancro relativas ao atendimento inicial e plano de tratamentos, necessidades educacionais, plano de cuidados após o final do tratamento, necessidades demonstradas e tipo de suporte desejado. Os participantes do estudo compartilharam livremente o significado pessoal que os planos de tratamento, planos de cuidados, questões educacionais e apoio emocional tinham para si, concluindo-se no final do estudo que ouvir o doente é a chave fundamental para que o plano de cuidados seja orientado de forma individual.

Os doentes preferem a entrega do plano de cuidados em papel, aliando a este a educação para a saúde por parte dos enfermeiros, no sentido de ajudar a interpretar as informações. Os participantes vêem os enfermeiros como sendo os

profissionais de saúde mais envolvidos na área do desenvolvimento, entrega e clarificação do plano de cuidados.

Quadro 6: Estudo de Hill-Kayser *et al* (2009)

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Hill-Kayser, C.; Vachani, C.; Hampshire, M.; Jacobs, L.; Metz, J. (2009)	Estudo retrospectivo	Investigar os padrões de consumo e satisfação, com a utilização de uma ferramenta na internet, para a criação de planos de cuidados para sobreviventes de cancro	Sobreviventes de cancro	Implementação de um plano de cuidados para sobreviventes de cancro, na internet
	Nível de evidência científica: III			
	<p>RESULTADOS</p> <p>Tanto os sobreviventes de cancro como os seus cuidadores/familiares estão dispostos a usar esta aplicação informática, mostrando-se satisfeitos com as informações fornecidas sobre o plano de cuidados que devem seguir.</p>			

No ano 2006, a internet era utilizada por cerca de 113 milhões de americanos para realizar pesquisas na área da saúde e as doenças oncológicas eram das mais pesquisadas. Entre Maio de 2007 e Janeiro de 2009 foi criado por médicos e enfermeiros especialistas em oncologia da *Abramson Cancer Center*, da Universidade da Pensilvânia, o primeiro plano de cuidados para sobreviventes de cancro online – *OncoLife*.

Antes da implementação da *OncoLife* ao público em geral, esta aplicação foi alvo de um estudo piloto, durante 18 meses, onde um grupo de 40 sobreviventes de cancro testaram a sua utilização e funcionalidade técnica. A implementação desta ferramenta online foi sendo gradual, passando por atualizações ao longo de quatro versões.

Neste *website* são fornecidas informações personalizadas a cada pessoa, baseadas em *guidelines*, possuindo áreas de preenchimento sobre dados demográficos, diagnóstico, tipos de tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) e cuidados no *follow-up*.

A neoplasia mais reportada na *OncoLife* é o cancro da mama (45,9%), seguindo-se os cancros hematológico (12%), gastrointestinal (11,7%), ginecológico (8,6%) e genitourinário (8,3%). A nível de tratamentos, 83,5% dos doentes foram submetidos a cirurgia, 79,8% a quimioterapia e 59% a radioterapia. Relativamente às informações de *follow-up*, estas são fornecidas maioritariamente pelo médico oncologista (52,5%).

De uma forma geral, tanto os sobreviventes de cancro como os seus cuidadores/familiares estão dispostos a usar esta aplicação informática, mostrando-se satisfeitos com as informações fornecidas acerca do plano de cuidados a seguir, classificando mesmo a *OncoLife* entre o bom e o excelente.

Quadro 7: Estudo de Taylor, Cummings & McGilly (2012)

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Taylor, C.; Cummings, R.; McGilly, C. (2012)	Estudo Qualitativo	Identificação das necessidades e preocupações das pessoas com cancro colorectal	18 pessoas com cancro colorectal (11 homens e 7 mulheres)	Utilização de <i>checklists</i> para identificar as necessidades e preocupações das pessoas com cancro colorectal
	Nível de evidência científica: V			
	RESULTADOS			
	<p>A utilização de ferramentas como as <i>checklists</i>, o termómetro de <i>distress</i> e uma lista com preocupações foram utilizadas para identificar as necessidades destas pessoas com cancro colorectal.</p> <p>Concluiu-se que as pessoas com cancro colorectal experienciam 17 tipos de necessidades diferentes, sendo a mais comum as disfunções intestinais (diarreia), seguidas da dor, medo da recorrência da neoplasia, cuidados com a dieta, cansaço/fadiga e falta de concentração/memória.</p>			

O diagnóstico de um cancro colorectal e o seu tratamento afetam a qualidade de vida das pessoas com este tipo de patologia, sendo o planeamento de cuidados e as necessidades holísticas de extrema importância na individualização dos cuidados de enfermagem.

Num estudo retrospectivo, 18 pessoas com cancro colorectal, 11 homens e 7 mulheres, com idades compreendidas entre os 47 e os 71 anos, foram alvo de uma *checklist* para identificar as necessidades destes doentes. Numa primeira etapa, foi utilizado o termómetro de *distress* e posteriormente foi concedida uma lista com 14 preocupações e pedido às pessoas que identificassem quais as que sentiram na última semana.

O estudo concluiu que este tipo de doentes possui três tipos de necessidades específicas: físicas, emocionais e espirituais. As mais referidas pelas pessoas foram as disfunções intestinais, nomeadamente diarreia (n=7); dor (n=6); medo de recorrência da neoplasia (n=5). Seguiram-se depois as preocupações com a dieta, o cansaço/fadiga e a falta de concentração/memória.

Quadro 8: Estudo de Taylor & Odey (2011)

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO
Taylor, C.; Odey, K. (2011)	Estudo Qualitativo	Reconhecer as intervenções de enfermagem no planeamento de cuidados dos sobreviventes de cancro colorectal	Sobreviventes de cancro colorectal	Identificar quais as ferramentas usadas pelos enfermeiros para a criação de um planeamento de cuidados para as pessoas com cancro colorectal
	RESULTADOS			
	<p>O plano de cuidados para sobreviventes de cancro colorectal é uma ferramenta essencial no processo de comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde no follow-up após o tratamento.</p> <p>O plano de cuidados destes doentes deve conter a história de saúde, o diagnóstico médico, o tratamento, a gestão da doença e o</p>			

	<p><i>follow-up</i>.</p> <p>A identificação das necessidades dos doentes faz com o doente se sinta envolvido nos cuidados e a tentativa de resolução das mesmas ajuda-o a superar as suas dificuldades e a contribuir para um aumento da qualidade de vida.</p>
--	---

Os autores deste artigo efetuaram uma revisão da literatura acerca do planeamento de cuidados no sobrevivente de cancro colorectal. Segundo eles, a literatura refere que as pessoas com este tipo de neoplasia sentem-se “abandonadas” após o *términus* no tratamento, demonstrando incertezas relativamente ao futuro. Como tal, o seu planeamento de cuidados deve ser suportado por documentação formal e baseada na evidência mais atual.

Um acesso mais estruturado e compreensivo do plano de cuidados no *follow-up* poderá facilitar a gestão de sintomas e preocupações que, de outra forma, poderia não ser identificados. A promoção de um plano de cuidados mais personalizado poderá influenciar a melhoria da qualidade de vida de cada doente.

Para os enfermeiros, o plano de cuidados estruturado é uma ferramenta essencial, pois dá indicações do que é expectável nestes doentes e como agir perante o inesperado. Para tal, é necessário que este contenha a história de saúde do doente, o diagnóstico médico, tratamentos efetuados, forma como gere a sua situação de doença e plano de *follow-up*. Deve ser também de fácil leitura, possuindo um sumário das necessidades e a informação clínica relevante.

DISCUSSÃO

O tipo de doenças oncológicas incluídas são as mais variáveis, com incidência na neoplasia da mama, ginecológica, próstatica, linfoma não-Hodgkin e tiróide (Mayer, 2012), neoplasia do foro hematológico, gastrointestinal, ginecológico e genitourinário (Hill-Kayser et al, 2009) e cancro colorectal (Taylor & Odey, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012). Todos os estudos atribuem particular ênfase à individualização de cuidados e à relação interpessoal, sendo considerados elementos cruciais para aumentar os ganhos em saúde, associados à preparação para a alta. Os oito artigos totais obtidos enfatizam também que, a

pessoa com doença oncológica, independentemente da localização da abordagem cirúrgica, experiencia vivências/necessidades comuns, motivo pelo qual outros tipo de cirurgia para além da gastrointestinal foram incluídos (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer *et al*, 2012; Grant *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). Um plano de cuidados que valorize as necessidades da pessoa com doença oncológica/cuidadores, vocacionado para a melhoria da qualidade de vida, contribui de igual forma para minimizar o surgimento de complicações pós-cirúrgicas e, conseqüentemente, diminui a taxa de readmissão hospitalar (Taylor & Odey, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Grant *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012).

Como primeira etapa do planeamento para a alta, a literatura sugere a identificação das necessidades físicas, emocionais, espirituais, psicossociais, de suporte e de comunicação, para que seja possível dirigir adequadamente o foco de atenção sobre os aspectos que necessitam de educação/treino e instrução ou são fonte de preocupação (Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). No que respeita às necessidades físicas, as pessoas com doença oncológica experienciam sintomas como a dor, cansaço, fadiga, xerostomia, náuseas, vômitos, diarreia, incontinência urinária e disfunção sexual (Taylor & Odey, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Grant *et al*, 2012), que permanecem mais ou menos exacerbados após a alta e carecem de intervenção da comunidade, de forma estruturada. O controlo de sintomas é, assim, uma das intervenções de enfermagem, que envolve os cuidadores, dado que são interpretados como causa de *distress* e ansiedade para o núcleo envolvente da pessoa, bem como podem representar sobrecarga física (Harrison *et al*, 2013). As necessidades emocionais e espirituais não são tão facilmente verbalizadas pela pessoa com doença oncológica/cuidadores, dado que são aspectos do foro íntimo e somente são expressos quando existe uma comunicação honesta entre enfermeiro/cliente. A negação, o medo, a depressão e a raiva são exemplos de emoções identificadas por Taylor, Cummings & McGilly (2012), como sensações sentidas pelas pessoas com doença oncológica, pelo que sugerem o recurso a ferramentas, como o *Termómetro de distress*, com *checklist* de preocupações, semanalmente (Marbach & Griffie, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*,

2013). A implementação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Mayer *et al*, 2012) ou da qualidade de vida (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant *et al*, 2012; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013), também são apontadas como importantes ferramentas para diagnosticar precocemente situações de desajuste psicológico e fornecer uma resposta apropriada.

Relativamente às necessidades psicossociais e de suporte, Marbach & Griffie (2011), Taylor & Odey (2011), Grant *et al* (2012) e Harrison *et al* (2013) referem a importância da existência da educação para a saúde, tanto às pessoas com doença oncológica como aos seus cuidadores, nas áreas onde seja aferido *deficit* de conhecimento, nomeadamente na gestão do regime terapêutico, cuidados na mobilização, personalização da dieta, prevenção de complicações, sobretudo associadas à ferida cirúrgica, manuseamento de dispositivos (sonda nasogástrica, gastrostomia endoscópica percutânea) e ostomias. A capacitação para o auto-cuidado é referida múltiplas vezes como a finalidade central da preparação para alta (Hill-Kayser *et al*, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant *et al*, 2012; Mayer *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013), que engloba de igual modo a identificação precoce de sinais de alerta e procura dos serviços de saúde (Taylor, Cummings & McGilly, 2012)

O fornecimento de documentação escrita, com síntese da informação transmitida verbalmente, nomeadamente em formato de folheto, pode ser considerado uma estratégia de consolidação de conhecimentos. Mayer *et al* (2012) e Marbach & Griffie (2012) defendem a sua entrega no dia da alta clínica à pessoa com doença oncológica/cuidadores. Todavia, Hill-Kayser *et al* (2009) referem vantagens na criação de um plano de cuidados *online*, onde o cliente pode aceder a uma página na internet e visualizar as informações que necessita, com a possibilidade de esclarecer as suas dúvidas via electrónica. Outra modalidade de acompanhamento sugerida recai no *follow-up*, que tanto pode ser efetuado presencialmente, como referem Taylor & Odey (2011), como via telefónica, segundo Grant *et al* (2012).

Os conhecimentos básicos sobre a oncogénese, tratamento e plano terapêutico (Marbach & Griffie, 2011) trabalhados em parceria com o enfermeiro, exigem frequentemente uma articulação com outros profissionais de saúde e

outras redes de referência na comunidade, de modo a garantir a continuidade de cuidados (Grant *et al*, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison *et al*, 2013). Tal procedimento requer instrumentos de documentação adequados capazes de demonstrar as necessidades humanas afetadas que necessitam de acompanhamento no pós-alta (Marbach & Griffie, 2011; Grant *et al*, 2012). Scott (2011) sublinha a importância de realizar uma avaliação aos documentos pré-existent nas instituições de saúde no âmbito do planeamento de cuidados, para averiguar a necessidade de reestruturação e atualização.

A criação e implementação de linhas orientadoras de boa prática são consideradas como uma mais-valia no planeamento da alta, dado que têm como potencial uniformizar a atuação e garantir que as necessidades identificadas obtêm resposta adequada, diferenciada e sustentada (Harrison *et al*, 2013). A formação contínua dos enfermeiros e a auditoria das práticas, com divulgação dos resultados, também são referidos por Grant *et al* (2012) e Taylor, Cummings & McGilly (2012) como factores preponderantes para uma preparação para a alta bem sucedida, uma vez que existe repercussão na forma como os sobreviventes de cancro são ajudados a melhorar a sua capacidade funcional e a otimizar os recursos intrínsecos e extrínsecos.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados fundamentam os pressupostos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, que identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer por outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, bem como educar (Taylor, 2004). É nesta lógica que as intervenções de enfermagem sugeridas pela literatura, para a preparação da alta, emergiram, divididas em duas grandes dimensões: a satisfação das necessidades da pessoa com doença oncológica/ cuidadores e a utilização de estratégias e ferramentas no planeamento de cuidados. Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, surge um assim o défice de autocuidado, que justifica a pertinência da ação de enfermagem.

No que concerne à satisfação das necessidades, foram enquadradas em diferentes subtipos: físicas, psico-emocionais, sociais e de suporte e de

comunicação. No que respeita às estratégias e ferramentas no planeamento da alta, centram-se na utilização de escalas, envolvimento da equipa multidisciplinar, educação para a saúde, disponibilização de documentação de suporte, continuidade de cuidados e formação em serviço. Estes pilares estruturantes da preparação para a alta convergem nas cinco áreas de atividade para a prática de enfermagem valorizados por Orem, que preconizam iniciar e manter um relacionamento enfermeiro/cliente/família até que a pessoa desenvolva a máxima autonomização, determinar como a pessoa com doença oncológica pode ser ajudada pelos cuidados de enfermagem; responder aos desejos, solicitações, necessidades do doente face ao contato e assistência do enfermeiro; prescrever e proporcionar ajuda; coordenar, integrar os cuidados de enfermagem na vida diária, assim como outros cuidados de saúde necessários com caráter social/educativo (Foster & Janssens, 1993), com demonstração o *Quadro 9*.

Quadro 9: Intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica/cuidadores

Dimensão 1: Satisfação das necessidades da pessoa com doença oncológica/cuidadores	
Categorias	Indicadores de Resultado
Necessidades físicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlo de sintomas: dor, cansaço/fadiga, xerostomia, náuseas, vômitos, diarreia, incontinência urinária e disfunção sexual (<i>Taylor, Cummings & McGilly, 2012</i>) 2. Controlo de efeitos secundários dos tratamentos oncológicos (quimioterapia com citostáticos, radioterapia, hormonoterapia, cirurgia) (<i>Hill-Kayser et al, 2009</i>)
Necessidades psico-emocionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do <i>distress</i> emocional (<i>Marbach & Griffie, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison et al, 2013</i>) 2. Avaliação do nível de ansiedade e depressão (<i>Mayer et al, 2012; Harrison et al, 2013</i>) 3. Gestão das emoções negativas: receio da recidiva, incerteza relativamente ao futuro, raiva, frustração, angústia, culpa (<i>Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011</i>)<i>Taylor, Cummings & McGilly, 2012</i>) 4. Prestar apoio psico-emocional (<i>Marbach & Griffie, 2011</i>)
Necessidades sociais e de suporte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação da qualidade do suporte social (<i>Mayer et al, 2012; Harrison et al, 2013</i>) 2. Promoção da participação em grupos de apoio com pessoas em condição semelhante de saúde/doença (<i>Marbach & Griffie, 2011; Mayer et al, 2012; Harrison et al, 2013</i>)
Necessidades de	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecimento de relação interpessoal eficaz (<i>Mayer et al, 2012;</i>

comunicação	<p><i>Taylor, Cummings & McGilly, 2012)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Presença de individualização de cuidados (<i>Taylor & Odey, 2011; Mayer et al, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012)</i> 3. Existência de comunicação honesta e adaptada às necessidades de formação da pessoa/cuidador (<i>Mayer et al, 2012)</i> 4. Presença do enfermeiro gestor de caso (<i>Mayer et al, 2012)</i> 5. Identificação da fase mais adequada para a educação/ instrução/ treino (<i>Marbach & Griffie, 2011)</i>
Dimensão 2: Utilização de estratégias e ferramentas no planeamento dos cuidados	
Utilização de escalas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilização do termómetro de <i>distress</i> (<i>Marbach & Griffie, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison et al, 2013)</i> 2. Utilização de escala de ansiedade e depressão (<i>Mayer et al, 2012)</i> 3. Utilização da escala de qualidade de vida (<i>Hill-Kayser et al, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant et al, 2012; Mayer et al, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison et al, 2013)</i>
Envolvimento da Equipa multidisciplinar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulação com outros profissionais de saúde (<i>Grant et al, 2012)</i> 2. Referenciação para outros profissionais/serviços (<i>Grant et al, 2012)</i> 3. Articulação com os cuidados de saúde primários e terciários (<i>Grant et al, 2012)</i>
Educação para a saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informação sobre conhecimentos básicos de oncogénese, tratamento e plano terapêutico (<i>Marbach & Griffie, 2011)</i> 2. Adesão ao regime terapêutico (<i>Marbach & Griffie, 2011)</i> 3. Aconselhamento nutricional dirigido à via oral, por sonda nasogástrica ou PEG (<i>Marbach & Griffie, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012)</i> 4. Informação sobre a alteração da função intestinal (<i>Taylor, Cummings & McGilly, 2012)</i> 5. Capacitação para o autocuidado (<i>Hill-Kayser et al, 2009; Marbach & Griffie, 2011; Scott, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant et al, 2012; Mayer et al, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012; Harrison et al, 2013)</i> 6. Capacitação para o cuidado às feridas/ostomia (<i>Marbach & Griffie, 2011; Taylor & Odey, 2011; Grant et al, 2012; Harrison et al, 2013)</i> 7. Treino para a capacitação na identificação de sinais de alerta precocemente (<i>Taylor, Cummings & McGilly, 2012)</i> 8. Treino para a capacitação na procura dos serviços de saúde (<i>Taylor, Cummings & McGilly, 2012)</i>
Disponibilização de documentação de suporte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornecimento de folhetos informativos dirigidos às necessidades detetadas (<i>Marbach & Griffie, 2011)</i> 2. Recurso a programas de multimédia (<i>Hill-Kayser et al, 2009; Marbach & Griffie, 2011)</i> 3. Fornecimento da carta de alta de enfermagem (<i>Hill-Kayser et al,</i>

	2009)
Continuidade de cuidados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico das necessidades de educação/ instrução/ treino da pessoa e cuidador pós-alta (<i>Marbach & Griffie, 2011</i>) 2. Identificação de problemas/ atividades de vida afectadas no pós-alta (<i>Grant et al, 2012</i>) 3. Inclusão da pessoa significativa no plano de cuidados (<i>Marbach & Griffie, 2011</i>) 4. Consultas de <i>follow-up</i> presenciais (<i>Taylor & Odey, 2011</i>) 5. Consultas de <i>follow-up</i> telefónicas (<i>Grant et al, 2012</i>) 6. Consultas de <i>follow-up</i> via informática (<i>Taylor & Odey, 2011; Taylor, Cummings & McGilly, 2012</i>) 7. Monitorização das taxa de readmissão hospitalar (<i>Taylor & Odey, 2011; Marbach & Griffie, 2011; Grant et al, 2012; Taylor, Cummings & McGilly, 2012</i>) 8. Identificar necessidade de atualização de ferramentas de registo existentes (<i>Grant et al, 2012</i>)
Formação em serviço	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existência de um plano de formação pós-graduado contínuo (<i>Grant et al, 2012</i>) 2. Inclusão de <i>guidelines</i> de boa prática na preparação para a alta (<i>Grant et al, 2012; Mayer et al, 2012</i>) 3. Auditoria e devolução de <i>feedback</i> (<i>Grant et al, 2012</i>) 4. Partilha de ganhos em saúde associados à formação (<i>Grant et al, 2012</i>)

Neste sentido, a teoria de D. Orem, vocacionada para a promoção do autocuidado, possibilita à pessoa com doença oncológica/cuidadores tomarem iniciativa, assumirem responsabilidades e envolverem-se, com a finalidade major de manter e/ou aumentar a qualidade de vida e capacidade funcional após a alta hospitalar, no contexto específico do serviço de cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Administração Central do Sistema de Saúde (2006) *Contrato-Programa de 2006*. Lisboa: Ministério da Saúde.
2. Administração Central do Sistema de Saúde (2012) *Contrato-Programa de 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde.
3. Barros, S.; Lobo, S.; Trindade, I.; Teixeira, J. (2007). Alexitimia, Saúde e Doença. *Análise Psicológica*, 2(3), 305-312.
4. Centre for Reviews and Dissemination (2009). *Systematic Reviews: CRD's*

guidance for undertaking reviews in health care. York: University of Youk.

5. Cohen, A.; Nirenberg, A. (2011). Current Practices in Advance Care Planning: Implications for Oncology Nurses. *Clínical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 547-553.
6. Direção Geral de Saúde (2004). Circular Informativa nº. 12/DSPCS. *Planeamento da alta do doente com AVC*. Lisboa: Ministério da Saúde.
7. Direção Geral de Saúde (2013). *Doenças Oncológicas em Números - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
8. Ferreira, P.; Mendes, A.; Fernandes, I.; Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5), 121-133.
9. Figueiredo, A.; Ferreira, L.; Figueiredo, P. (2001) Impacto psico- social do cancro da mama na mulher. *Enfermagem Oncológica*, 17, 22-27.
10. Foster, P.; Janssens, N. (1993). Dorothea E.Orem. In: George, J. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes médicas.
11. Grant, M.; Economou, D.; Ferrell, B.; Uman, G. (2012) Educating health care professionals to provide institutional changes in câncer survivorship care. *Journal of Cancer Education*, 27, 226-232.
12. Griffiths, P.; Richardson, A.; Blackwell, R. (2009) *Nurse sensitive outcomes e indicators in ambulatory chemotherapy*. London: National Nursing Research Unit - King's College London.
13. Guyatt, G.; Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical Association.
14. Hari, M.; Rosenzweig, M. (2012). Incidence of preventable postoperative readmissions following pancreaticoduodenectomy: implications for patient education. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 408-412.
15. Harrison, M.; Graham, I.; Hoek, J.; Dogherty, E.; Carley, M.; Angus, V. (2013) Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation Science*, 8(49), 1-14.
16. Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team (2003). *Discharge from hospital: pathway, process and practice*. Department of Health.
17. Hill-Kayser, C.; Vachani, C.; Hampshire, M.; Jacobs, L.; Metz, J. (2009). An internet tool for creation of cancer survivorship care plans for survivors and health

care providers: design, implementation, use and user satisfaction. *Journal of Medical Internet Research*, 11(3), e39.

18. Khatri, S.; Whiteley, I.; Gullick, J.; Wildbore, C. (2012). Marking time: The temporal experience of gastrointestinal cancer. *Contemporary Nursing*, 41(2), 146-159.

19. Marbach, T.; Griffie, J. (2011). Patient preferences concerning treatment plans, survivorship care plans, education, and support services. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 335-342.

20. Mayer, D.; Gerstel, A.; Leak, A.; Smith, S. (2012). Patient and provider preferences of survivorship care plans. *Journal of Oncology Practice*, 8(4), 80-86.

21. Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

22. Pereira, I. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da acção de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

23. Pompeo, D.; Pinto, M.; Cesarino, C.; Araújo, R.; Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350.

24. Scott, N. (2011). Improving care planning in oncology nursing practice. *Nursing Standard*, 25(42), 33-39.

25. Silva, J. (2007). A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 56(3), 67-77.

26. Taylor, C.; Odey, K. (2011). Survivorship care planning for colorectal cancer patients. *Gastrointestinal Nursing*, 9(2), 24-29.

27. Taylor, C.; Cummings, R.; McGilly, C. (2012). Holistic needs assessment following colorectal cancer treatment. *Gastrointestinal Nursing*, 10(9), 42-49.

28. Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In Alligood, M.; Tomey, A. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

29. WHO (2008). *World Cancer Report*. Geneva: World Health Organization.

30. Worster, B.; Holmes, S. (2009). A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5), 315-322.